Nr. 36. 4. września 1927. Rok VI.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Włodzimierz MIKUŁOWSKI. Warszawa.

Przyczynki do kliniki kiły wrodzonej *).

Ze szpitala Karola i Marji w Warszawie. Lek. nacz. doc. Wład. Szenajch.

Kiła, podobnie jak gruźlica, należy do tych szerokich tematów, które jak ocean mimo niebezpiecznej głębi pociągają każdego żeglarza klinicznego. Słony smak morskiej wody nie gasi pragnienia, ale je jeszcze podnieca. Wynoszę wrażenie z licznych dyskusji o gruźlicy i o kile, że pomimo pozorów groźnego niebezpieczeństwa temat ten posiada jednak przywileje pewnej bezkarności i przypomina opinię Chamforta o dyskusji w miłości, „w której wszystko jest prawdą, wszystko jest fałszem. Jest to jedyna kwestja, w której nie można powiedzieć niedorzeczności". Tembardziej, gdy się przystępuje do omawiania kwestji kiły lub gruźlicy ze stanowiska klinicznego, które mimo swojej naukowości, jest z natury rzeczy bardziej artystyczne, niż inne działy medycyny.

Nie chcę być posądzonym ani o chęć zdobycia rekordu prawdy na terenie kiły, ani z drugiej strony o małoduszną chęć zmieszczenia się za wszelką cenę w bezbarwnym tłumie innych szczęśliwych zdobywców prawdy kosztem wspomnianego przywileju trudności powiedzenia rzeczy niedorzecznej.

Chcę na podstawie własnej obserwacji ze skromnego warsztatu pracy, przy którym stoję, świadomy względnej wartości twórczości osobistej, która nawet wbrew mej woli jest bezsilna, wobec zapładniającej potęgi panujących hipotez, chcę na podstawie własnej obserwacji dorzucić ze skromnego swego warsztatu pracy przyczynek do zagadnienia kliniki kiły wrodzonej. Dając próbę klinicznego szukania prawdy, chcąc być na tyle męskim, aby liczyć na krytycyzm Szanownych Kolegów, którego bezwzględny rygor nawet w kwestjach klinicznych t. j. artystyczno-naukowych musi być jedynym surowym sędzią.

Jeżeli jednym z celów istotnych medycyny jest zbadanie skłonności do danej choroby i rozpoznanie choroby w jej pierwszych początkach, to zdawałoby się, że w zagadnieniu kiły wrodzonej najwdzięczniejsze pole do osiągnięcia celu przypadać winno pedjatrze. On w pierwszej linji powołany jest do tego, aby w y ś l e d z i ć wcześnie kiłę wrodzoną w pierwszym, czy drugim okresie dzieciństwa lub w wieku szkolnym. Tymczasem widzimy, że w naszych stosunkach pedjatrę wyręcza zwykle internista, neurolog lub wenerolog. Przyczyny tego dopatruję się 1) w tym fakcie, że największy odsetek kiły przypada na kiłę nerwową, albo na kiłę w ten lub ów sposób utajoną, do której odkrycia trzeba być tak czujnie nastawionym, jak jest wenerolog i 2) w ogólnej zaraźliwej tendencji do nadmiernej, szkodliwej specjalizacji, którą w wyższym stopniu posiadają pedjatrzy niż interniści. Specjalizacja przesadna paraliżuje ich nieświadomą potrzebę ruchu po szerszym gościńcu i ze szkodą dla rozwoju nauki otacza ich chińskim murem sztucznie zacieśnionego horyzontu.

Ilekroć razy ustalałem jakieś śmielsze i niepozbawione rewelacji, albo przynajmniej sensacji, rozpoznanie kliniczne, tyle razy zmuszony byłem odbiedz myślą daleko poza obręb urzędowej parafji pedjatrycznej. Tak było z nowym przezemnie zbudowanym zespołem waskuloendokryno-wegetatywnym, połączonym z cylindrurją. Przypadek ten miałem honor przedstawiać w Warsz. Tow. Lek. w roku zeszłym i wykazałem, że aby go stworzyć i ogarnąć, zmuszony byłem stanąć na gruncie znacznie szerszym, przekraczającym ramy pedjatrji.

Co się tyczy gruźlicy, to jeżeli lekarz-pedjatra za często rozpoznaje gruźlicę płuc, zadając sobie zbyt skrupulatnie przy każdym kaszlu dziecka pytanie, „czy to nie gruźlica" zamiast „co to jest" — to w stosunku do kiły zapomina pedjatra o głęboko pomyślanem przekonaniu autorów francuskich, że z wyjątkiem dny, więc kamicy żółciowej, lub pęcherzowej, każda choroba kryć może źródło zakażenia kiłowego. Pedjatra polski zapomina, że obowiązek serologicznego badania krwi, a o ile możności i płynu mózgowego u każdego dziecka szpitalnego winien stanowić taki sam odruch jak obowiązkowa kąpiel każdego nowoprzyjętego dziecka, albo codzienne oglądanie gardła. Jeżeli odczyn Wassermanna nie jest bynajmniej w każdym przypadku choroby potrzebny do ustalenia rozpoznania szkarlatyny, odry, czy dyfterji — to jednak choćby dla samego porządku, jest on tak potrzebny, jak wspomniana kąpiel i niezbędny do wykrycia ukrytej kiły. Pod tym względem mam wrażenie, że świat pedjatryczny niesłusznie ignoruje prawa, wykryte przez Prof. Gougerot'a i prof. Miliana, a zapoczątkowane przez genialnego Hutinela. Z praw tych wynika, że właśnie cały szereg ostrych chorób nawet banalnych ma właściwość wywoływania zaburzeń ciężkich kiłowych u utajonego dotąd syfilityka i wreszcie, że w tych samych przypadkach banalnych pod wpływem urazu zakaźnego — bez objawów klinicznych kiły dochodzi do mniej lub więcej czasowej aktywacji odczynu Wassermanna. Więc w czasie zapalenia płuc rozwija się nagle u dotąd zdrowego na pozór osobnika kiła mózgowo-oponowa chroniczna. W czasie szkarlatyny autorzy ci obserwowali często u osób, które dawno straciły odczyn Wassermanna, występowanie na świeżo dodatniego odczynu pod wpływem bodźca zakaźnego.

Mówi się u nas często bez większego namysłu — że „we Francji to nie to, co u nas", a naodwrót w sprawozdaniu posiedzenia z dn. 2. III. 1926 r. Akad. medyc. paryskiej czytamy z referatu Jeanselme'a i Burnier'a, że główną przyczyną ponownego wzrostu kiły o 20% w r. 1924/5 stanowi emigracja ze szczególnem podkreśleniem niebezpieczeństwa wenerycznego ze strony polaków.

Na podstawie od niechcenia zrobionej próby statystycznej materjału szpitala Karola i Marji mam prawo stwierdzić, że na oddziale wewnętrznym 6% chorych jest dotkniętych kiłą wrodzoną. Z przypadków, które miałem sposobność bliżej obserwować 50% przypada na bardziej ukrytą postać zakażenia kiłowego, na postać t. zw. konstytucji neuropatycznej.

Niema nic bardziej względnego i śliskiego od mozaiki cyfr statystycznych, które w naszem zagadnieniu nie przyczynią się niczem do wyjaśnienia istoty rzeczy. Mnie chodzi o przedstawienie kilku obserwacyj, na podstawie których będę miał prawo wyciągnąć garść wniosków.

Przypadek I. Marynia P. dziewczynka 13-letnia pozostaje w obserwacji szpitalnej przez 4 miesiące. Od 5-go roku życia choruje na ropienie kości, w 7-ym r. życia przebyła zapalenie płuc i od tego czasu kaszle przewlekle. Przedstawia stygmaty degeneracji, znaczny zanik mięśniowy, twarz starczą, garb krzywiczy kręgosłupa i klatki piersiowej, nierówność źrenic, zrosty pierwszych paliczków i zniekształcenie kości śródręcza; inne palce pałeczkowato zgrubiałe, liczne blizny na skórze po ropieniu skóry i kości, gruźliczą przetokę żebra. Ciepłota podgorączkowa. W lewem płucu stwierdza się zmiany jamiste, którym towarzyszy wykrztuszanie ropnej plwociny. W plwocinie nie znaleziono nigdy prątków Kocha. Śledziona powiększona. Wątroba tkliwa na ucisk sięga dolnym brzegiem poniżej pępka. Odczyn Wassermanna krwi dodatni. Wywiady podają 2 poronienia u matki i 4 przypadki śmierci w 1-ym roku życia u rodzeństwa. Leczenie swoiste sprowadza poprawę ogólną, obniżenie ciepłoty, zmniejszenie wyksztuszania i kaszlu, a także lekkie zmniejszenie wątroby. Chora wychodzi ze szpitala z ujemnym odczynem Wassermanna. Rozpoznanie brzmi: Kiła wrodzona i degeneracja. Gruźlica kostna. Marskość lewego płuca. Rozszerzenie oskrzeli. *Hepatitis interstitialis diffusa. Powiększenie śledziony.*

Przytoczony przypadek, dotyczący tej garbatej 13-letniej dziewczynki, jest przykładem na niewątpliwą symbiozę kiły i gruźlicy. Zmian płucnych nie mieliśmy prawa uznać za gruźlicze z powodu stałego braku prątków w plwocinie. Proces płucny miał charakter wybitnie włóknisty i spowodował przez kilkoletnie trwanie rozszerzenie oskrzeli.

Przypadek II. Roman P. chłopiec 13-letni przybywa do szpitala z powodu od roku trwającej częstej gorączki, osłabienia, potów i pojawiających się obrzęków nóg. W 3-im roku życia przebył ciężki koklusz i zapalenie płuc „po kokluszu" i od tego czasu kaszle i pluje dużo. Matka 2 razy roniła i. dwoje dzieci straciła w pierwszym roku życia. Chłopiec wykazuje znamiona (stygmata) kiły wrodzonej ze strony kośćca, crâne natiforme, piszczele

*) Według odczytu z dn. 17. V. 1927 r. na pos. klin. Warsz. Tow. Lek.

w kształcie klingi pałasza. Klatka piersiowa długa, wystająca ostro ku przodowi z zagłębieniem łódkowatem na mostku. Pałeczkowate rozszerzenie paluszków rąk i nóg. Badanie stwierdza znaczne rozszerzenie oskrzeli płuca lewego z marskością płuca i rozedmą wyrównawcza innych części płuca. Odczyn Wassermanna we krwi silnie dodatni. Chory znajduje się przez 2½ roku w leczeniu przeciwkiłowem, które nie wpływa dodatnio na poprawę sprawy płucnej, u chorego rozwija się niedomoga serca z przerostem prawego serca. Po 2½ letniej obserwacji chłopiec umiera. Sekcja stwierdza rozszerzenie oskrzeli, marskość płuca, rozedmę wyrównawczą płuca i ropne zapalenie osierdzia.

Przytoczony przypadek jest przykładem dramatycznej symbiozy dwóch zakażeń organizmu dziecięcego, a mianowicie kokluszu i kiły wrodzonej. Klinika kokluszu uczy niewątpliwie, że zakażenie to jest korzeniem etiologicznym, powodującym w przeważającej liczbie przypadków przewlekłe zapalenie płuc u dziecka wraz z całą mozajką mieszanych mniej lub więcej banalnych zakażeń płuca kokluszowego, i klinika tej choroby uczy, że koklusz odgrywa wybitną rolę w patogenezie rozszerzeń oskrzeli w wieku dziecięcym i *eo ipso* w wieku starszym. Zgodnie z poglądami anatomji patologicznej, jak wiekowi starszemu właściwa jest specjalna podatność ścian oskrzeli do rozwinięcia rozstrzeni oskrzelowych z powodu utraty elastyczności tkanek, tak wiekowi dziecięcemu wspólna jest ta sama podatność z powodu cienkości subtelnych ścian. W obu przypadkach zwiększenie ciśnienia wydechowego, lub ciśnienie, spowodowane przez zalegającą wydzielinę zapalną, towarzysząca długotrwałej sprawie zapalnej może przyczyniać się do rozmiękczenia i rozluźnienia zbitości tkanki oskrzelowej.

Sprawa płucna toczyła się bardzo długo, bo przez 12 lat u dziecka równocześnie zakażonego kiłą wrodzoną. Zachodzi potrzeba uwzględnienia w przewlekłej sprawie marskości płuca także momentu etjologicznego kiły i budzi się chęć rewizji zagadnienia bronchektazji kokluszowej także z punktu widzenia infekcji kiłowej. Koklusz sam może doprowadzić do przewlekłego zapalenia płuc, czy do następowych rozstrzeni oskrzeli, lub zgorzeli płuc, koklusz *in individuo luetico* ma tem lepsze warunki terenu do przybrania tej postaci klinicznej. Wiadomo z doświadczenia wojennego, że iperyt odgrywa rolę etjologiczną w powstawaniu zgorzeli płuca u dojrzałego mężczyzny — ten sam szkodliwy czynnik chemiczny na terenie kiłowym znajdzie lepsze warunki w rozwoju rozstrzeni oskrzelowych i następowych jam zakażenia gnilnego.

Tendencja tworzenia tkanki łącznej bliznowatej może być znamienna dla kiły w przytoczonym przypadku i może uchodzić za okoliczność korzystną, lub szkodliwa dla organizmu: korzystną, bo powodującą przez szybkie zabliźnianie spraw zapalnych przedłużenie życia, szkodliwą, bo stwarzającą moment mechanicznego pociągania i rozrywania ścian oskrzeli przez twardą bliznę płucną i w wyniku tego powiększanie jamek bronchektatycznych.

Przypadek III. Karol H. lat 9 chłopiec wiejski. Do obecnej choroby zdrów, rodzice, rodzeństwo zdrowi. Od 3 lat cierpi na bolesne oddawanie moczu, zatrzymanie, lub niemożność utrzymania moczu i na krwiomocz. Dziad chłopca w 30 r. życia, babka w 28 r. życia oboje po mieczu — dotknięci porażeniem połowiczem. Chłopiec stosownie wielki i miernie odżywiony nie wykazuje znamion kiłowych. Ciepłota normalna, czasem podgorączkowa.. Narządy klatki piersiowej i brzucha bez zmian. Język geograficzny. We krwi cholesteryny 1.5‰, mocznika 0.25‰, kw. moczowego 5 mg.%. Brak zaburzeń w czasie krwawienia, w czasie krzepnięcia i w krzepliwości. Odczyn Wassermanna silnie dodatni. W moczu krwinki czerwone, leukocyty i komórki wielokątne i walcowate. Prątków Kocha w moczu długi czas nie udaje się znaleźć. Próba wodna w granicach normy, wydalanie fenolsulfatfaleiny upośledzone (po 2½ godz. 40%). Cystoskopja uniemożliwiona z powodu stwierdzonego przez urologa (Dr. Kogan) ścieśnienia w cewce moczowej na granicy części błoniastej i jamistej. Rentgenolodzy (kol. Drozdowicz i Stankiewicz) stwierdzają w obrębie cienia miąższu prawej nerki i ujścia prawego moczowodu zwapnienia o zarysach rozlanych, których obraz pozwala im przypuszczać tło gruźlicze. Zastosowano z powodu dodatniego odczynu Wassermanna kurację przeciwkiłową i stwierdzono u dziecka poprawę: 1) zupełne ustąpienie bólów w okolicy pęcherza, 2) przybytek na wadze 3.150 g w przeciągu 2 miesięcy, 3) lepsze moczenie. *Incontinentia urinae* nie uległa przedmiotowej poprawie. Pilne szukanie prątków w moczu stwierdziło ich obecność w osadzie. Także świnka zakażona moczem chorego wykazała na sekcji gruźlicę. Chory odchodzi po 2½ miesięcznym pobycie w stanie zadawalającym.

Przypadek zasługiwał na uwagę 1) z powodu trudności rozpoznawczych, bez pomocy próby biologicznej rozpoznanie stawało się niemożliwe; sam fakt krwiomoczu z równocześnie istniejącem zwężeniem mógł znakomicie imitować zespół Duvergeya (krwiomocz całkowity w następstwie zwężenia wskutek następowych owrzodzeń błony śluzowej pęcherza, spowodowanych przez zastój moczu), 2) z powodu rzadkości zwężenia cewki u dziecka i trudności rozstrzygnięcia, czy zwężenie było wywołane przez sprawę kiłową (kilak), czy gruźliczą. I jedną i drugą ewentualność przewiduje anatomja patologiczna. Valverde z Rio de Janeiro opisał kilak cewki moczowej u 32-letniego mężczyzny z kiłą wrodzoną. 3) Z powodu łagodnego przebiegu włóknistej postaci gruźlicy nerkowej, która zazwyczaj u dziecka w 2 lata doprowadza do zejścia śmiertelnego.

W przytoczonym przypadku sprawa trwała 3½ lat i stan chorego jest naogół pomyślny przy dobrym wyglądzie i stanie sił. Nasuwa się znowu wniosek, że przyczyną tego włóknistego przebiegu gruźlicy nerei jest równoczesna symbioza kiły, której tendencja idzie w kierunku tworzenia tkanki bliznowatej.

Przypadek IV.

Bronisława P. lat 4. Wywiady stwierdzają, że reszta rodzeństwa t. j. pięcioro dzieci zmarło w 1-ym roku życia. Rodzice zdrowi, ojciec potator. Dziecko przybywa z ciepłotą o typie przepuszczającym w 9-ym dniu choroby. Chora przedstawia charakterystyczny zespół kliniczny *meningitis acuta*. W jasnym, zapalnym, limfocytowym płynie mózgowym, otrzymywanym trzykrotnie w czasie 23-dniowego okresu choroby nie znaleziono nigdy mikrobów. Odczyn chromoneuroskopowy Flataua z fuchsyną dodatni, cukru 0.6‰. Odczyn Wassermanna płynu wybitnie dodatni (w dawkach 0.40, 0.80, 1.0) przy ujemnym odczynie Wassermanna we krwi. Z tego powodu byłem skłonny przypuszczać, że mam do czynienia z zapaleniem opon mózgowych kiłowem i w tym duchu zastosowano leczenie wcierkami szaruchy. Postacie gorączkowe *meningitis luetica* opisywali Widal, Le Sourd, Brissaud, Sabrazés. W tym czasie dziecko zapada na odrę, którą przebywa wraz z zapaleniem płuc stosunkowo lekko. Gdyby przyczyną wczesnej śmierci 5-ga rodzeństwa była gruźlica to i nasza chora zakażona gruźlica miała sposobność po przebytej odrze zareagować rozwinięciem gruźlicy. W czasie odry badany płyn mózgowy niczem nie różni się od poprzedniego. Dopiero piąte nakłucie lędźwiowe po przebytej odrze w 35-ym dniu pobytu szpitalnego, a 43-im dniu choroby przy utrzymującym się obrazie klinicznym *meningitis* — wykazało obecność lekko zmętnionego płynu, w którego osadzie stwierdzono wielojądrzastą pleocytozę z licznemi Gram ujemnemi dwoinkami Weichselbauma, których nie udało mi się jednak na żadnej pożywce wyhodować. Cukru w płynie 0.3‰. W 4 dni potem dokonane nakłucie daje znowu wynik ujemny, płyn jasny, limfocytowy. Zastosowano choć późno wprowadzenie surowicy meningokokowej do kanału i nie przerywano leczenia przeciwkiłowego. Ciepłota wraca do normy, stan dziecka poprawia się. Dziecko po 2½ miesięcznym pobycie szpitalnym odchodzi do domu bez jakichkolwiek objawów wodogłowia z normalnym obrazem dna oka, w stanie dobrym.

Dok. nast.

Dr. Zdzisław TOMANEK. Lwów.
Dr. Juljan TUMIDAJSKI.

W sprawie leczenia nowotworów złośliwych.

Z II kliniki chorób wewnętrznych U. J. K. Dyrektor: Prof. Dr. R. Rencki.

Zniszczenie komórek rakowych, a przynajmniej opanowanie ich wzrostu stanowi dzisiaj wspólny wysiłek wszystkich gałęzi medycyny praktycznej.

To niezwykle trudne do urzeczywistnienia zadanie przypada obecnie w udziale leczeniu raka promieniami Roentgena. Efektowne działanie ich lecznicze w przypadkach mięsaka, ziarnicy, czy też białaczki zachęca wielce do dalszej pracy. Jednakowoż technika naświetlań promieniami Roentgena zdaje się już dosięgać punktu kulminacyjnego. Wyjaśnienia wymagają tylko niektóre problemy, do których należy przedewszystkiem sposób dawkowania tych promieni w przestrzeni i w czasie. Co się tyczy zagadnienia pierwszego, a więc dawkowania w przestrzeni, to tutaj wchodziłyby w rachubę dwa sposoby naświetlań: miejscowe albo ogólne. W odniesieniu do leczenia raka przez stosowanie naświetlań miejscowych należałoby oczekiwać ich wpływów niszczących na drodze działania bezpośredniego. Natomiast naświetlania ogólne rozstrzygałyby tylko pośrednio o losach tego procesu chorobowego.

Że tego rodzaju dwa działania podobne, uzyskane na drogach różnych rzeczywiście istnieją, za tem mogłyby przemawiać

spostrzeżenia Jünglinga i Kok'a. Jüngling badając drobnowidowe skórne przerzuty raka sutkowego, naświetlane uprzednio promieniami R. zdołał wykazać rozpad komórek rakowych tylko w obrębie działania tych promieni stosowanych miejscowo. Nie spotykał zaś tego rozpadu w obrębie części nienaświetlanych. Natomiast Kok w drodze naświetlań ogólnych u myszy przeszkodził tym sposobem rozwojowi dalszemu raka na nią przeszczepionego. Jednakże w tych doświadczeniach Kok'a były brane w rachubę tylko zwierzęta, a pozatem i w dotychczasowych podobnych doświadczeniach uwzględniano także tylko zwierzęta, zapominając najwidoczniej o zasadniczych motywach różnic pomiędzy istotą raka przeszczepionego, czyli schorzenia miejscowego, a ludzkiego, powstałego samoistnie, jako wyraz uogólnionego nowotworowego schorzenia ustroju. To też w żadnym przypadku dotychczasowym u ludzi nie uzyskano jeszcze za pomocą naświetlań ogólnych wyleczenia przynajmniej klinicznego. W tych zaś razach, w których poprawę podobną udało się uzyskać, nie uwzględniano działania promieni rozproszonych. A przecież te ostatnie mogłyby także wywierać wpływy niszczące na komórki rakowe, sprowadzając ich rozpad w takim wypadku nie na drodze pośredniej, lecz tylko wyłącznie miejscowej.

Co się tyczy naświetlań bezpośrednich, to nasuwa się szereg trudności w zrozumieniu mechanizmu ich działania. Z doświadczeń *in vitro* wynika, że tkanka rakowa wymaga dla swego zniszczenia dawki tak dużej, o jakiej stosowaniu w celach leczniczych nie mogłoby być mowy.

Nadzieje pokładane w tem, że komórki rakowe w swoich niektórych okresach rozwoju, a mianowicie podziału (mitozy) mogą być wrażliwsze na promienie Roentgena czy radium, doznały głębokiego zawodu, pomimo stosowania dawek w tym celu rozłożonych. Praktycznie bowiem się okazuje, że różne okolice rakowatego guza przedstawiają się rozmaicie pod względem odżywienia czy też szybkości we wzroście. Z drugiej zaś strony zachodzi kwestja, czy przy naświetlaniu bezpośredniem guza nie uszkadza się tkanek i narządów zdrowych przynajmniej w tej mierze, że to utrudnia w sposób jakikolwiek leczenie nowotworu. Może nie bez słuszności podnosił Jüngling, że błędów w leczeniu Roentgenem n. p. raka żołądka należy szukać w uszkodzeniu promieniami narządów takich jak śledziony, nadnerczy lub trzustki, czego często w istocie rzeczy uniknąć jest bardzo trudno. Na ważność uszkodzenia tym sposobem nadnerczy zwraca wagę także i Holfelder. Nie brak jednakże zapatrywań w tym kierunku nawet i przeciwnych. Jak wynika z badań Aulera i Stefana, to wycięcie nadnerczy uczula raka na niszczące działanie promieni R. W tych warunkach znikają raki u zwierząt w sposób podobno samoistny. Ten ostatni moment przedstawia dzisiaj dla nas niezwykłe znaczenie. Jeżeli bowiem istnieje możliwość samoistnego wyleczenia raka, to w takim razie nasuwa się pytanie, czy przypadkiem w ustroju nie toczą się procesy mające na celu hamowanie rozwoju raka. Zarazem wyłania się kwestja, czy i o ile możnaby dopomóc tym siłom obronnym przez zadziałanie promieniami R.

Niestety zagadnienie samowyleczenia raka pozostaje jeszcze ciągle niedostatecznie wyjaśnione, chociażby może i z tej przyczyny, że to schorzenie przebiega niekiedy tak wielopostaciowo, iż może stać się łatwo źródłem rozpoznawczych pomyłek. I tak Sauerbruch zauważył całkowite cofnięcie się raka wrzodziejącego na sutku w sposób zupełnie samoistny. Podobne spostrzeżenie uczynił Versé, jednakże w tym ostatnim przypadku chora zmarła po 6 latach, a sekcyjnie dało się stwierdzić obecność nowotworu, usadowionego głęboko w sutku. Prym spotkał przypadek *chorionepithelioma* prawego jądra z licznemi przerzutami do okolicy pozaotrzewnowej, co zresztą stwierdził operacyjnie. Chociaż tutaj wprawdzie guz w jądrze cofnął się samoistnie, to jednak wytworzyły się dalsze przerzuty i chory zmarł. Czwarty przypadek samowyleczenia raka dotyczy przypadku spotkanego w instytucie raka w Berlinie. Tutaj stwierdzono operacyjnie raka trzustki z licznemi przerzutami, a więc raka nie nadającego się zupełnie do zabiegu chirurgicznego. Przypadek powyższy uznano za stracony. Pomimo tego jednakże stan chorego się polepszył, a chory jeszcze przez kilka lat pozostawał w obserwacji klinicznej. A wreszcie Rotter zapodaje cofnięcie się *adenoma malignum* prostnicy, który wystąpił jako nawrót sprawy operowanej poprzednio. Jednakowoż te przypadki samowyleczenia nowotworów nie były obserwowane przez czas dłuższy w czasie którego nawrót mógłbybył przecież w każdej chwili wystąpić. Jeżeliby zaś te fakty samoistnego cofnięcia się raka były rzeczywiście zgodne, to w takim razie celem leczniczym byłoby wzmocnienie sił obronnych ustroju w jakikolwiek sposób.

Pomijając poglądy na zakaźnne pochodzenie raka, wspomniemy o zapatrywaniach E. Opitz'a który znachodził u osobników dotkniętych rakiem przeważający stan współczulnego napięcia *(sympathicotonus)*. W odniesieniu ogólnem napięcia układu wegetatywnego do wieku różnych osobników wiemy, że osobników młodych cechuje raczej przewaga w napięciu n. błędnego. Natomiast z wiekiem, a więc z przewagą w napięciu n. współczulnego wzmacnia się czynność twórcza nabłonków, których bujanie częściej już można stwierdzić w tym okresie z równoczesnem upośledzeniem ich wartościowości funkcjonalnej. To też usiłował Opitz wpłynąć w drodze naświetlań na zmianę w odziaływaniu układu wegetatywnego, przemieniając w ten sposób osobników rakiem dotkniętych we wagotoników. Usiłowania Strauss'a, Ruppa, Münzera i innych zdążały także w tym samym kierunku. Jednakże fakty wykazujące; że w przypadkach raka można także spotkać stan samoistnego wagotonizmu, świadczą stanowczo przeciw tym zapatrywaniom.

Ostatnio zapodano korzystne wyniki lecznicze otrzymane przy raku po stosowaniu naświetlań promieniami R. łącznie z dożylnemi wstrzykiwaniami cukru gronowego (E. G. Mayer i inni). Wytłumaczenia tego korzystnego działania przez powyższe leczenie kombinowane starano się doszukać w uczulających wpływach cukru gronowego na działanie promieni R. (Mayer). Inni zaś jak Lieber dopatrują się pewnego powinowactwa cukru gronowego do raka. W myśl zapatrywań tych ostatnich ustrój składa się z dwu systemów: komórkowego i płynnego. Współprzepuszczalne błony komórkowe zdają się posiadać zdolność sprowadzania do równowagi tych dwóch różnych układów. Przez wprowadzenie roztworów hipertonicznych zmienia się ten stan równowagi osmotycznej w ścianach komórkowych, która jest naruszoną już samemi naświetlaniami promieni R. W ten sposób zmieniają się warunki biologiczne w komórkach i mogą sprzyjać powstaniu procesów wstecznych.

W naszej klinice były przedmiotem badań przypadki zarówno raka, jakoteż mięsaka w swoich postaciach przeważnie cięższych i nienadających się do zabiegu chirurgicznego. Metodę leczenia przeprowadzaliśmy tutaj w ten sposób, że na krótko przed naświetleniami miejscowemi promieniami R. wstrzykiwaliśmy chorym po 10 ccm 20—30% roztworu glukozy wyrobu Laokoon'a. Wstrzykiwania były zawsze wykonywane dożylnie, a rozpoczynały się przy pierwszem naświetlaniu i powtarzały się przez cały czas naświetlań codziennie. Po przerwie w naświetlaniach, wykonywanych według metody Holfelder'a stosowano w dalszym ciągu injekcje cukru cierpliwie, kontrolując dokładnie stan przedmiotowy i podmiotowy chorych leczonych w ten sposób. Co się tyczy metodyki naświetlań to zajęliśmy stanowisko używania dawek rozłożonych, gdyż nazbyt silna koncentracja czasowa promieni wpływa niekorzystnie na ustrój ze względów natury biologicznej. Zarazem w tych doświadczeniach zwracaliśmy przedewszystkiem uwagę na to, by całe ich działanie skupić wyłącznie w kierunku zniszczenia komórek rakowych, bez uszkodzenia otoczenia i bez szkody dla stanu ogólnego. Ilość injekcyj cukru wykonanych w tych razach u poszczególnych chorych wynosiła od 20—30. W przypadkach z poprawą powtarzano serję zabiegów stosując dalej naświetlania i injekcje.

Przypadek I. Chora R. H. lat 37 przyjęta do kliniki 9. VI. 1926 r. (L. p. 603/25/26). Od pięciu miesięcy bóle w dołku podsercowym promieniujące ku lewemu podżebrzu, przeważnie po spożyciu pokarmów. Częste wymioty treścią pokarmową. Przedmiotowo wzrost średni, budowa kośćca i odżywienie mierne, skóra blada. W płucach i w sercu zmian żadnych. W jamie brzusznej prócz miejscowej bolesności uciskowej w dołku podsercowym również zmian żadnych. Odczyny Pirquet'a i Wassermann'a ujemne. Badanie treści żołądkowej naczczo wykazuje: 38 ccm treści jasnej, sokotoku, kwas solny wolny — 10. Po białku 10. Po obiedzie w 4 godz. —0. Badanie roentgenologiczne żołądka i dwunastnicy z wynikiem ujemnym. Mocz bez zmian. Stolce prawidłowe, próba benzydynowa ujemna. We krwi c. cz. 3,415.000, c. b. 6.300. Wskaźnik 0.60. 8. X. 1926 stan podmiotowy chorej znacznie gorszy Odżywienie podupadające. Stałe bóle w dołku podsercowym, niekiedy wymioty. W okolicy dołka p. macalny guz odpowiadający lewemu płatowi wątroby i okolicy żołądka. Wymioty czem raz częstsze, stolce rozwolnione, tłuszczowe, próba benzydynowa dodatnia. Kwas solny wolny w dwóch próbach żołądkowych nieobecny. Odczyny serologiczne dodatnie. Rozpoznano *neoplasma ventriculi atque pancreatis, metast. neoplas. hepatis*. Zastosowano naświetlanie na okolice guza i cukier dożylnie. Po tem leczeniu nastąpiła poprawa o tyle, że ustąpiły wymioty i bóle. Przedmiotowo jednak stan bez zmiany. W 15 dni później nawrót wszystkich poprzednich dolegliwości. Wobec tego powtórzono dotychczasowe zabiegi lecznicze. Pomimo tego stan ciężki, wyniszczenie szybko postępujące, spadek na wadze znaczny. W stanie beznadziejnym oddano opiece domowej.

Przypadek II. Chora A. K. lat 31, przyjęta do kliniki 14. X. 1926 r. (L. P. 51/26/27). Od półtora roku cierpi na bóle w okolicy dołka pods. promieniujące ku krzyżom. Przytem zauważyła stałe powiększanie się wymiarów brzucha. Perjody prawidłowe. Przedmiotowo wzrost średni, drobna budowa kośćca, odżywienie podupadłe. Skóra blada, podściółka tłuszczowa skąpa. W jamie brzusznej znaczna ilość płynu. Nakłucie brzuszne wykazuje płyn winowo-żółty o charakterze przejściowym, w osadzie liczne ciałka czerwone, zwakuolizowane komórki, przytem mierna ilość limfocytów i c. neutrochłonnych w ilościach jednakowych. W przewodzie pokarmowym zmian żadnych. Badanie ginekologiczne wykazuje obecność twardego guza w wielkości 2 pięści, pozostającego w łączności z macicą. Liczne chrząstkowate twarde guzki w zagłębieniu Douglas'a. We krwi c. czerwonych 3,080.000, c. białych 7.000, wskaźnik 0.80. Odczyny serologiczne Botell'a, Fischer'a i Davis'a dodatnie. Rozpoznano *neoplasma (carc.) uteri*. Pomimo kilkakrotnych nakłuć stałe nawroty płynu *(ascites)*. Zastosowano jedną serję naświetlań promieniami R. i wstrzykiwania glukozy. W związku z temi zabiegami dolegliwości ustąpiły, ilość płynu w jamie brzusznej znacznie zmalała. Guz może cośkolwiek mniejszy, zrosty przedtem wyczuwalne dookoła guza znacznie zwolnione. Wobec dobrego wyniku leczniczego po przerwie jednomiesięcznej powtórzono naświetlania i injekcje cukru. Późniejsze badania wykazywały cofnięcie się płynu w jamie brzusznej, a chora pozostawała w naszej obserwacji jeszcze przez miesiąc, nie okazując zupełnie objawów postępowania procesu chorobowego. Chociaż o późniejszych losach chorej nie zdołaliśmy dostać żadnych wiadomości, to jednak w tym przypadku widoczną była poprawa o tyle, że zatrzymano rozwój sprawy chorobowej.

Przypadek III. Chora H. R. lat 57, przyjęta do kliniki 3. XII. 26 (L p. 237/26/27). Od 9 tygodni uporczywa żółtaczka, silne swędzenie skóry, brak łaknienia, mierne bóle w prawem podżebrzu i osłabienie. Przedmiotowo wzrost średni, budowa kośćca i odżywienie mierne. Skóra jednolicie zabarwiona żółtaczkowo. W płucach i w sercu zmian żadnych. W jamie brzusznej stwierdza się powiększenie wątroby na 3 palce poniżej prawego łuku żebrowego. Spoistość wątroby twarda, powierzchnia guzowata, okolica woreczka żółciowego na ucisk tkliwa, sam woreczek żółciowy niemacalny. Śledziona w wymiarach prawidłowych. Kwas solny wolny w treści żołądkowej zawsze obecny, sonda dwunastnicowa stwierdza przeszkodę w wydzielaniu żółci. Stolce odbarwione, próba Schmidta na barwiki żółciowe ujemna. Bilirubina w surowicy krwi oznaczona sposobem Haselhorsta 1:25.000. We krwi c. czerwonych 4,900.000, c. białych 5.400, wskaźnik 0.99, a w obrazie cytologicznym krwi 63.5% neutrochłonnych 1% eozynochłonnych, 4% monocytów i przejściowych i 31.5% limfocytów. Odczyny serologiczne dodatnie. W czasie pobytu w klinice częste wymioty treścią pokarmową. Rozpoznano klinicznie *neoplasma vesicae felleae et hepatis, obtur. compl. duct. choledochus*. Pomimo zastosowania energicznego leczenia jak wyżej poprawy nie stwierdzono.

Przypadek IV. Chory J. K. lat 57, przyjęty do kliniki 23. II. 1926. (L. p. 346/1925/26). Pirquet i Wassermann ujemny. Od dwu lat bóle w całej jamie brzusznej i uczucie wzdęcia.. Łaknienie znacznie zmniejszone. Stolce silnie zaparte. Ostatnio schudł i stracił na wadze. Przedmiotowo wzrost średni, mierna budowa kośćca, odżywienie podupadłe, skóra sucha, bladawa. W płucach i w sercu zmian niema. Powłoki jamy brzusznej twarde, napięte, niebolesne. W okolicy pępka i poniżej duży guz wielkości pięści, chrząstkowato twardy zrośnięty z powłokami. Wątroba i śledziona bez zmian. Mocz mętny, ciałka wypocinowe obficie. Badanie treści żołądkowej wykazuje brak kwasu solnego w dwóch próbach naczczo i po białku. Badanie roentgenologiczne przewodu pokarmowego ujemne. Badanie cystoskopowe wykazuje stan nieżytowy pęcherza i wypuklenie w części górnej, pozostające w związku z wyczuwalnym guzem. Badanie przez odbyt ujemne. We krwi objawy wtórorzędnej niedokrwistości, c. czerw. 3,850.000, c. białych 4.600, wskaźnik 0,70. Obraz cytologiczny krwi prawidłowy. Ciśnienie krwi RR. 114 mm Hg. Waga ciała 56 kg Ekscyzja próbna z części guza wykazuje utkanie *carcinoma gelatinosum*. Po wykonaniu naświetlań i injekcji glukozy nastąpiła poprawa: przybytek o 3 kg na wadze, polepszenie łaknienia i chory nawet powrócił do swoich zajęć. Jednakowoż przedmiotowo stan bez zmiany. Po drugiej serji naświetlań i podawania cukru stan podmiotowy ten sam.

Przypadek V. Chory J. O. lat 49, przyjęty do kliniki 27. III. 1926. (L. p. 417/25/26). Od roku bóle kłujące w prawej części klatki piersiowej promieniujące ku górnej kończynie prawej. Częsty kaszel, plwocina śluzowa. Mierna budowa kośćca, odżywienie dość dobre, skóra wilgotna, różowa. W dołku nadobojczykowym pr. liczne twarde gruczoły, podobnie też w pasze prawej. W płucach z przodu stłumienie do trzeciego żebra, z tyłu do okolicy wnęki. W obrębie przytłumienia drżenie głosowe zniesione, przysłuchem z głębi oskrzelowe szmery słyszalne. Drobne niedźwięczne rzężenia w okolicy prawej wnęki. Pozatem zmian żadnych. Badanie plwociny negatywne. Odczyn Pirquet'a ujemny. Badanie roentgenologiczne płuc wykazuje jednolite zaciemnienie prawego górnego płata płucnego. We krwi c. czerwonych 3,650.000, c. białych 3.500, wskaźnik 0.9. Rozpoznano *neoplasma lobi sup. pulmonum d.* Energiczne leczenie naświetlaniami Roentgena i glukozą pozostało bez wpływu. Badanie z dnia 10. V. 26 wykazało stały wzrost nowotworu ku dołowi i objawy postępującej niedokrwistości. Pomimo tego powtórzono leczenie bez żadnego wyniku.

Pozostała część przypadków łącznie z podanemi wyżej da się zestawić w sposób następujący:

	Ilość przypadków	Poprawa	Poprawa przejściowa	Bez poprawy
Ca. oesophagi	1	—	—	1
Ca. ventriculi	4	—	—	4
Ca. uteri	1	1	—	—
Ca. ovarior. et gl. perit .	1	—	1	—
Ca. vesicae fell. et hepatis	3	—	—	3
Ca. ventriculi et pancr .	2	—	—	2
Ca. tract. intest. et gl. perit	1	1	—	—
Ca. pulmonum	1	—	—	1
Razem	14	2	1	11

Z powyższego zestawienia wynika, że tylko w dwóch przypadkach uzyskano poprawę przez stosowanie naświetlań i wstrzykiwań cukru. Prócz tego zaś w jednym przypadku uzyskano tylko przejściowe polepszenie się stanu i to przeważnie tylko stanu podmiotowego, gdyż objektywnie zasadniczych zmian nie można było stwierdzić. Wyniki lecznicze takiej metody musimy uznać raczej za więcej niż skąpe, skoro uwzględnimy i te fakty, że przypadki powyższe nie pozostawały przeważnie w dalszej obserwacji klinicznej. Z drugiej zaś strony tych przypadków bez poprawy jest rzeczywiście za dużo, ażeby móc wyciągać wnioski co do wybiórczego działania cukru w kombinacji z działaniem promieni R. na wzrost nowotworów złośliwych.

To też w zasadzie i E. Mayer nie uzyskał wcale wyników lepszych stosując tego rodzaju leczenie w nowotworach przez siebie badanych. Chociaż w rubryce „z poprawą“ umieścił autor cyfrę 34%, to jednak większość ich odpowiada nowotworom takich narządów ,gdzie zwykle i same promienie R. bez wstrzykiwań cukru mogłyby oddziaływać korzystnie. Wypada tutaj zaliczyć nowotwory języka, podniebienia, gruczołu tarczykowego, gardła, gruczołu krokowego, narządów płciowych i t. d. czyli najczęściej takie, które nie wywołują wyniszczenia ogólnego. Że przeważna część nowotworów wątroby lub żołądka nie oddziaływa korzystnie na naświetlania, to jest rzeczą z doświadczenia znaną. Podobnie też i w leczeniu kombinowanem z cukrem trudno jest rzeczywiście dopatrzyć się zasadniczych różnic, w przebiegu klinicznym raka a przynajmniej co do jego samego rozwoju. Co się tyczy nowotworów o typie mięsaka, to tutaj również stosowaliśmy w naszej klinice naświetlania połączone z wstrzykiwaniami cukru. Proces tego leczenia mało się jednak różnił od przypadków leczonych samemi tylko naświetlaniami, wobec czego należałoby wątpić o jakiemkolwiek działaniu wybiórczem glukozy na komórki nowotworowe, czy też nawet o działaniu tylko uczulającem na ich rozpad pod wpływem promieni Roentgena.

Zrozumiałą jest jednak rzeczą, że niekiedy stan podmiotowy chorych daje się polepszyć przez podawanie dożylne cukru. Cukier bowiem wpływa odżywczo zarówno na mięsień sercowy, jakoteż i na cały ustrój w ogólności stanowiąc niejako środek odżywczo tonizujący. A więc z tych zatem względów może należałoby cukier stosować, mając na uwadze to, że leczenie nowotworów złośliwych wymaga przedewszystkiem leczenia ogólnego

Być może, że w poglądach doby obecnej za mało jeszcze się docenia czynniki chorobowe przyrody uogólnionej, podnosząc za często podobieństwo raka sztucznego, wywołanego na drodze środków chemicznych, a więc schorzenia przyrody czysto miejscowej, ze schorzeniem rakowem ludzkiem. Wprawdzie poglądy Virchow'a, zdążające do tłumaczenia przyczyny powstawania raka przez bodźce drażniące zdają się wyjaśniać jego występowanie w razach niektórych, to jednak wiemy o tem, że nie jest to stałem następstwem dającem się ująć w pewną regułę. Najwięcej dotyczy to samo i zapatrywań Conheim'a odnośnie do przemieszczonych, odpryśniętych młodych komórek. Te bowiem tkanki, czy też narządy w których rozwinął się guz rakowaty na tle bodźców drażniących lub też zabłąkanych komórek, mogłyby tylko stanowić jakoby miejsce znacznie zmniejszonego oporu dla powstania nowotworowego bujania. A dalej i sam guz mógłby przedstawiać zaledwie epizod tylko choroby rakowatej.

Od czasu, gdy się okazało, że przyczyny tej choroby nie można znaleźć w zaburzeniach czynnościowych gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, poglądy na patogenezę raka straciły i tę kruchą podstawę. Nigdy bowiem nie zdołano wykazać poprawy po stosowaniu organoterapji w leczeniu raka, natomiast zaś widziano często nowotwory nieoszczędzające nawet i tych narządów, które były uważane za odporne względem procesu rakowatego. Temi narządami miały być śledziona i szpik kostny. Jednakowoż i tutaj znachodzimy niejednokrotnie chociażby tylko przerzuty, a w tym wypadku narządy powyższe niebyłyby zdolne do stanowienia żadnej zapory dla rozwoju raka. Skoro Loeb lub też Rhodenberg zdołali przeszkodzić rozwojowi raka u zwierząt w drodze kastracji czy też wycięcia gruczołu tarczykowego, to jednak zdołali tego dokonać tylko w przypadkach raka przeszczepionego. Ponadto zaś wiemy, że rak u osób młodych miewa charakter często bardziej złośliwy, aniżeli u osób starszych. Pomimo tego jednak wycięcie gruczołów płciowych celem wywołania wpływu leczniczego na proces raka daje wyniki conajmniej wątpliwe.

Zatem byłoby wskazane stosowanie środków ogólnie tonizujących, do których możnaby zaliczyć także i wstrzykiwania hipertonicznych roztworów cukru. Te bowiem środki wzmacniałyby siły samozachowawcze ustroju dotkniętego rakiem, oddziaływując zarazem pośrednio także i na przejawy procesu nowotworowego.

Dr. A. ŁAWRYNOWICZ. Warszawa.

Zachorowania płonicze u szczepionych metodą Dick'ów.

W pracy mojej pod tym tytułem umieszczonej w Nr. 21 „Polskiej Gazety Lekarskiej" z r. b. w obliczeniach odsetek zachorowań w grupach szczepionych i nieszczepionych dzieci szkół powszechnych z mojej winy znalazły się błędy, które niniejszem prostuję.

Na str. 394 pod tabl. II *zamiast:*

„O ile się od 7887 dzieci szkół powszechnych odejmie dzieci szczepione niewystarczająco (1—2 krotnie) — 996 (tab. I), to się otrzyma 41 zachorowań na 7471 (szczepionych 3 i 4 krotnie), co daje 0,55 zachorowań"

winno być:

„O ile się od 7887 dzieci szkół powszechnych odejmie dzieci szczepione niewystarczająco (1—2 krotnie) — 996 (tab. I), to się otrzyma *28 zachorowań na 6891 (szczepionych 3 i 4 krotnie), co daje 0,40% zachorowań*".

W związku z tem tabl. IV będzie zmieniona w sposób następujący:

	szczepione	nieszczepione
Szkoły powszechne . .	0,40%	0,66%
Przedszkola	2,20%	2,10%

Wniosek 1 będzie brzmiał: „Zachorowania u szczepionych i nieszczepionych dzieci szkół powszechnych *dają wyraźną różnicę 0,40% i 0,66%*.

Dr. J. SPIRA. Kraków.

O wskazaniach do wydłutowania wyrostka sutkowego we wczesnych okresach ostrego zapalenia ucha środkowego.

Z oddziału otolaryngologicznego Szpitala Izrael. w Krakowie.
Ordynator: Dr. Józef Spira.

(Według odczytu, wygłoszonego na V. Zjeździe polskich otolaryngologów w Warszawie 1927 r.).

Wskazanie do otwarcia wyrostka sutkowego w przebiegu ostrego zapalenia ucha środkowego zdawało się do niedawna być sprawą przesądzoną. Czytaliśmy w podręcznikach i każdemu z nas weszło, to niejako w krew, że wyrostka sutkowego nie należy otwierać przed końcem 3-go tygodnia. Wtedy to występuje szereg ogólnie znanych objawów jak opadnięcie górno-tylnej ściany przewodu zewnętrznego, ból na wyrostku sutkowym samoistny i przy ucisku obrzęk na wyrostku, podniesiona ciepłota i t. d. Objawy te, ewent. wspólnie z utrzymującem się obfitem wydzielaniem się ropy z ucha stanowiły bezwzględne wskazanie do operacyjnego otworzenia wyrostka sutkowego. Otwarcie wyrostka przed tym terminem i przed wystąpieniem wyżej wymienionych objawów było uważane za niebezpieczne i szkodliwe i mogło być usprawiedliwione tylko przez obecność gwałtownych objawów, świadczących o rozpoczynającem się powikłaniu śródczaszkowem, lub zajęciu błędnika. Ale i w tym wypadku zabieraliśmy się niechętnie do zabiegu, będąc skłonni kłaść owe objawy raczej na karb powikłania zapalenia ucha bez pośrednictwa wyrostka sutkowego.

Od pewnego czasu pojawiła się pewna reakcja przeciw temu zapatrywaniu. Nie przypuszczam, by było to rzeczą czystego przypadku, a raczej wydaje mi się, że grypy ostatnich lat z ich ciężkiemi zapaleniami uszu sprawiły, że ilość powikłań nadmiernie się zwiększyła. A przy przeglądaniu przypadków z piśmiennictwa i własnych spostrzegaliśmy ze zgrozą, że ogromna ilość powikłań przypada już na pierwsze 2—3 tygodni zapalenia ucha środkowego a więc na okres, w którym tylko rzadko operujemy i że ilość ta z każdym tygodniem się zwiększa. I tak n. p. podaje Neumann dane statystyczne z kliniki wiedeńskiej w okresie jednego półrocza: w 2-im tygodniu było powikłań 20%, w 3-cim 30%, w 5-ym 40%, w 6-ym 50% i t. d. I stąd nasuwa się wniosek, że powikłania te są spowodowane przez zbyt długie zwlekanie z zabiegiem i dałyby się uniknąć, gdyby dany operator stawiał radykalniejsze wskazania do zabiegu.

W najnowszem piśmiennictwie zwł. niemieckiem pojawił się szereg prac na ten temat. Najwybitniejsi otolodzy wypowiedzieli tu swoje zdanie, ale sprawa zdaje się być daleką od rozwiązania, ponieważ zdania są zbyt rozbieżne. Najbardziej radykalni są Strandberg i Plum, którzy uważają, że rozpoznanie *„Ostitis"* w wyrostku sutkowym stanowi wystarczające wskazanie do zabiegu. Rozpoznanie to starają się ci autorowie postawić już w pierwszych dniach, zapalenia ucha środk. i sądzą, że ryzyko jest mniejsze przy tak wcześnie wykonanym zabiegu, niż przy dalszem wyczekiwaniu. W przeważnej bowiem ilości przypadków jest klinicznie niemożliwem osądzić, jakie rozmiary przybrało to zapalenie kości, i w których przypadkach i w jakim czasie sprowadzi ono powikłania śródczaszkowe. Często występują te powikłania w b. wczesnych okresach choroby, przyczem nie jest możliwem bez zabiegu odróżnić te przypadki od nieskomplikowanych. Na dowód przytaczają autorowie szereg wyników operacyjnych; w 2 przypadkach znaleźli oni ropień (epiduralny) nadoponowy w pierwszych 4 dniach zapalenia ucha, w jednym ropienie okołozatokowe w pierwszych 3 dniach, w jednym zapalenie opon mózgowych w pierwszych 4 dniach. Gdyby w przypadkach tych czekało się aż do wystąpienia klinicznych objawów, szanse operacji pogorszyły się wybitnie. Zresztą są oni przekonani, że operują tylko tych chorych, u których by później trzeba było i tak zabieg wykonać, a przez wcześniejszy zabieg unika się powikłań.

Barwich i Haardt zebrali statystyczne dane z 266 przypadków, operowanych z powodu ostrego zapalenia wyrostka sutkowego na oddziale Mayera we Wiedniu. Autorowie ci znaleźli ogromną ilość powikłań (około 20%) w przypadkach wcześnie operowanych (w pierwszych 9-u dniach). Ten wielki odsetek powikłań tłomaczą oni tem, że chodziło tu przeważnie o przypadki ciężkie i to było przyczyną wczesnego zabiegu. Jak wielką byłaby ilość powikłań gdyby się dłużej czekało? Według autorów tych przedstawiają wczesne operacje 2 ważne korzyści, a mianowicie zapobiega się powstawaniu powikłań, względnie wykrywa się odpowiednio wcześnie już istniejące powikłania. Dlatego należy przy istniejącem

wskazaniu otworzyć wyrostek wcześnie, czasem już w 3—5 dniu choroby. Wyniki lecznicze otrzymywano te same, bez względu na termin operacji.

Mayer dochodzi do tych samych wyników na podstawie badań histologicznych odłamków kostnych, otrzymanych podczas zabiegu. Obrazy histologiczne wskazują, że już w czwartym i piątym dniu choroby znajduja się wybitne zmiany zapalne w wyrostku sutkowym. Zmiany te były umiejscowione głównie w komórkach pneumatycznych, a polegały na wysiękaniu ropnem lub krwawo-ropnem wyściółki przestrzeni pneumatycznych. Błony śluzowe były przeważnie zachowane, jednak wybitnie zgrubiałe z powodu przepojenia wysiękiem i leukocytami i z powodu rozszerzenia naczyń. Pozatem można było już w tym okresie stwierdzić nacieczenie okołonaczyniowe i osteoklazje w przestrzeniach naczyniowych kości. Wybitne rozrzadzenie i makroskopowe widoczne zmiany w kości występowały dopiero w 4-tym tygodniu choroby. Na podstawie klinicznych wyników dochodzi Mayer do wniosków, że przeważna ilość powikłań wystąpiła, zanim można było stwierdzić makroskopowe zmiany w kości, t. j. zanim przyszło do rozpuszczenia kości, przedewszystkiem przegród kostnych. Powikłania powstają przez przenoszenie się zapalenia z naczyń błony śluzowej i kości za pośrednictwem naczyń. Przebieg zapalenia jest zależny od rodzaju i żywotności bakterji. — Wskazanie do zabiegu należy postawić na podstawie objawów klinicznych, świadczących o zapaleniu ropnem wyrostka sutkowego. Jest rzeczą wysoce niebezpieczną czekać na wystąpienie powikłań. (W związku z swojemi badaniami formułuje Mayer na nowo pojęcie *„Mastoiditis"*. Przez *Mastoiditis* rozumie autor nietylko schorzenie kości *(Ostitis, Osteomyelitis)*, ale wszystkie procesy zapalne w wyrostku sutkowym, stanowiące pewien odczyn na obce podniety).

Bezwzględnym przeciwnikiem wczesnej operacji na wyrostku sutkowym jest Heine. Twierdzi on, że w ten sposób operuje się niejednokrotnie przypadki, któreby można wyleczyć drogą konserwatywną. Postępowanie to dyskredytuje całą metodę. Heine obserwował przypadki, w których ciepłota utrzymywała się przez 8 dni na wysokości 39°, poczem ustąpiła, a chory wyzdrowiał bez zabiegu. Zapalenie opon mózgowych i zakażenie krwi zdarzaja się we wczesnych okresach zapalenia ucha środkowego, lecz są to białe kruki, przyczem ich powstanie wzgl. sposoby, przeniesienia się są nieznane. Niebezpieczne powikłania powstają właściwie, dopiero wtedy, gdy kość zaczyna sie rozpuszczać, t. j. po 3-cim tygodniu zapalenia ucha środkowego. Wczesne operacje kryją w sobie szereg niebezpieczeństw: w tym okresie proces zapalny się jeszcze nie odgraniczył, dlatego trzeba przy zabiegu otworzyć wszystkie komórki i oczyścić cały wyrostek; w ten sposób powstaje ogromny ubytek w kości, którego wygojenie wymaga b. wiele czasu. — Przez operowanie w zdrowej tkance otwiera się drogi dla nowego zakażenia; często zostaje odsłonięta zatoka, co pociąga za sobą znaczne niebezpieczeństwa; w następstwie tego niejednokrotnie konieczny jest powtórny zabieg.

Alexander i Fischer stwarzają nowe pojęcia chorobowe a mianowicie *„Mastoidismus"* i rozumieją przez nie zbiór objawów, występujących w pierwszym tygodniu zapalenia ucha środkowego. Objawy te są podobne, jak przy ropnem zapaleniu wyrostka sutkowego, a więc silne wypuklenie błony bębenka, znaczne obniżenie słuchu, bolesność na wyrostku itd. Anatomicznym podkładem jest przekrwienie i obrzęk błony śluzowej komórek, wysięk surowiczo-krwawy. W odróżnieniu od zapalenia ropnego wyrostka sutkowego stan ten szybko ustępuje pod wpływem leczenia zachowawczego. — Błędnem jest w przypadkach takich operować, ponieważ wpływa to niekorzystnie na przebieg zapalenia ropnego ucha środk.; gojenie się rany jest złe i w wielu przypadkach pozostaje przetoka prowadząca do antrum. Również Leidler i Beck są przeciwnikami wczesnych operacji. Neumann zajmuje do pewnego stopnia stanowisko pośrednie; nie jest bezwzględnym zwolennikiem wczesnych zabiegów, ale w pewnych przypadkach uważa je za konieczne.

Jak z tego krótkiego zestawienia piśmiennictwa ostatnich 2 lat widzimy, sprawa znajduje się w centrum zainteresowania i wybitni otolodzy ją omawiają. Wczesne otwarcie wyrostka sutkowego ma równie gorliwych zwolenników jak zaciętych wrogów. Większość jednak przechyla się do zdania, by nie operować wcześnie z wyjątkiem przypadków z rozpoczynającemi się powikłaniami.

Jeżeli w tej tak ważnej sprawie zabieram dziś głos, to czynię to z 2 powodów. Po pierwsze uważam za słuszne omówić, jak sprawy te przebiegaja na naszym terenie. Znanem jest bowiem, że zapalenie ropne ucha środk. może przebiegać różnie w różnych krajach, zależnie od warunków geograficznych, klimatycznych, może też od różnych stosunków anatomicznych wyrostka sutkowego u różnych ras. Tak np. uderza rzadkość występowania u nas *„Mucosus-Otitis"*. Z pośród przeszło 80 przypadków badanych bakterjologicznie podczas mego pobytu na klinice otologicznej krakowskiej znaleziono tylko w 1-ym przypadku *streptococcus mucosus*, a więc odsetek bez porównania mniejszy niż np. w Wiedniu. (W ostatnich 2 latach spotykam na moim oddziele częściej te przypadki: dokładnych danych nie mam, ponieważ nie wszystkie przypadki są bakterjologicznie badane). Ważniejszą jest druga przyczyna. Jednym z najważniejszych argumentów zwolenników wczesnych operacji jest obawa przed powikłaniami; autorzy ci twierdzą, że przez taki zabieg zapobiega się powikłaniom. Jest to twierdzenie gołosłowne, ponieważ nie da się udowodnić, czy przy dalszem czekaniu cała sprawa by się cofnęła. Zachodzi tylko pytanie, czy przez takie czekanie nie naraża się chorego na niebezpieczeństwo. Tu mają przedewszystkiem głos zwolennicy późnych zabiegów, ponieważ oni maja sposobność obserwować przypadki te w dalszym przebiegu. Do takich operatorów konserwatywnych z różnych przyczyn do niedawna i ja należałem. W efekcie osiągnąłem ogromną ilość zapaleń wyrostka sutkowego, wyleczonych zachowawczo. Czy jednak te dobre wyniki nie zostały okupione przez ciężkie ofiary, pokaże mój materjał.

Materjał ten obejmuje chorych, leczonych na oddziele w ostatnich 2 latach, u których musiałem wykonać wczesne otwarcie wyrostka sutkowego.

1) F. F., żona urzędnika l. 57. Wyciek z ucha od 2 tygodni, bóle głowy. *Otitis med. ac. dext.* Leczenie ambulatoryjne. Po dwóch dniach lekka bolesność na szczycie, szum w uchu, wieczorna ciepłota podniesiona. Proponowano przyjęcie na oddział, na co się jednak chora nie godzi i w ogóle do ambulatorjum więcej nie przyszła. 4 dni później wystąpiły w nocy nagle bóle głowy, wymioty, ciepłota 40°. Przyjęcie na oddział 2. III. 25. Chora apatyczna, senna, lekko zamroczona. Błona bębenkowa wypuklona, obfity wyciek krwawo-ropny. Silna bolesność całego wyrostka przy najlżejszym ucisku. Sz: ½ m. Sztywność karku. Kernig +, ciepłota 40°. Operacja: kość pneumatyczna, w komórkach ropa, przegrody komórek zachowane. Antrum bardzo wysoko, wypełnione ziarniną, zropiałe komórki sięgają aż do tegmen. Odsłonięcie opony twardej jamy średniej. Opona ciemno-zielonkawa, częściowo pokryta włóknikiem. Operacja doszczętna. Krzyżowe nacięcie opon, wydobywa się cuchnący gaz z sykiem. Nakłucie mózgu w kilku miejscach daje wynik ujemny. Nakłucie lędźwiowe: płyn jasny, przeźroczysty, pod silnem ciśnieniem. Badanie bakt. ropy: *Streptococc. mucosus*, słabo hemolityczny. Płyn mózgowo-rdzeniowy: Nonne-Apelt —, Pandy —. Brak pleocytozy. Hodowla: ziarniaki, chwilowo nie dające się bliżej określić. 3. III. Typowy obraz zapalenia opon mózgowych. Nakłucie lędźwiowe: płyn metny, pod niskiem ciśnieniem. W nocy *exitus*.

2) K. S., urzędnik l. 51. Podobno chory od 2½ tyg. W pierwszych dniach wykonał lekarz nakłucie błony bębenkowej i powtórne nakłucie przed 5-ciu dniami, przed 4-ma dniami bóle za uchem, dreszcze, ciepłota 38—39°; skierowany na oddział zjawia się dopiero dziś. 31. V. 25 r. przyjęty na oddział. Błona bębenk. zaczerwieniona, obrzękła, w dolno-przednim kwadracie niewielki otwór. Wyciek ropny z ucha. Wyrostek na szczycie przy ucisku lekko bolesny. Opadnięcie górno-tylnej ściany nieznaczne. Ciepłota 39.5°, tętno 120, słabo napięte. Na prawej nodze bolesny obrzęk. Operacja: *Corticalis* cienka; w wyrostku pneumatycznym ropa pod znacznem ciśnieniem, komórki w znacznej części zropiałe, sięgają aż do zatoki, kość miękka. Ściana zatoki brudno szara, w zatoce skrzep. Odsłonięto zatokę, aż do części zdrowej, poczem ją nacięto i wydobyto skrzep. Krwotok pełnym strumieniem. Ze względu na słabe tętno, nie podwiązano żyły szyjnej. Bakter.: Z ropy wyhodowano paciorkowce hemolityczne, krew jałowa. 1. VI. 37.8—39.3. Obrzęk na nodze się powiększył, zaczerwienienie na rękach i pośladkach. Dreszcze. 2. VI. 37.8—37.8. Nacięto 6 ropni: na nodze na rękach i pośladkach. 4. VI: *Exitus*.

3) J. L. chłopak 13 l., (z praktyki prywatnej). Przed 2 tygod. odra, od 3 dni bóle ucha pr. 13. XI. 25. Nacięcie błony prawej. Temp. 39°, silny wyciek. 16. XI. Bóle ucha lewego. 17. XI. Nacięcie błony bęb. lewej, obfity wyciek. Temp. 37—38°. 21. XI. Bolesność uciskowa na wyrostku prawym — silna, na lewym zaznaczona. Rozpoczynające się opadnięcie ściany górno-tylnej po stronie prawej. 22. XI. Bolesność na obu wyrostkach się zwiększa. Temp. 38·2°. Antrotomia obustronna. Oba wyrostki pneumatyczne, przegrody kostne zachowane, twarde tak że, trzeba było znaczną część zabiegu wykonać dłutkiem. Komórki zropiałe dochodziły po stronie dłużej chorej aż do zatoki, jednak ściana zatoki czysta; po drugiej stronie zatoki nie odsłaniano. 24. XI. Dreszcze, temp. 39° 25. XI. Zmiana opatrunku. 26. XI. Temp. septyczne. Badanie krwi: Leukocytów 5250. W mazanym preparacie: eozynofilów 0, neutrofilów z jądrem młodocianym 1%, neutr. z j. pałeczkowatem 12%, neutr. z j. segmentowanem 48%, monocytów 16%. 27. XI. Zabieg wtórny: Odsłonięto zatoki z obu stron od kąta górnego aż do

opuszki żyły szyjnej; ściana wszędzie zupełnie czysta, przy nakłuciu krew płynna (krew zaszczepiono: nie wyrosły żadne bakterje). Dalszy przebieg septyczny. 1. XII. Wstrzyknięcie szczepionki wielowartościowej. 2. XII. Ciepłota wieczorna nieco niższa. (38'5°). W następnych dniach temp. opada. 5. XII. Bez gorączki. 25. XII. Obie rany zagojone.

4) M. H., dziewczyna 23 l. Przed tygodniem grypa, od 5-u dni bóle ucha lewego. Błona bęb. wypuklona, bolesność na wyrostku. 11. XI. 26. przyjęta na oddział. Nacięcie błony bęb. 12. XI.: Obfity wyciek ropny. 13. XI.—18. XI. bolesność na wyrostku się utrzymuje, bóle głowy, temp. 36'8—37'8°. 19. XI. Lekkie opadnięcie górno-tylnej ściany. Chora przeznaczona do zabiegu na dzień następny. 20. XI. Chora na zabieg się nie godzi. W nocy temp. 39'6°, dreszcze przez 20 minut, silna bolesność na wyrostku, obfity wyciek z ucha. 21. XI. Obraz krwi: leukocytoza 9500; w mazanym preparacie: eozynofilów brak, neutrofilów z jądrem młodocianem brak, neutrofilów z jądrem pałeczkowatem 24%, neutr. z jądrem segmentowanem 67%, lymfocytów 4%, monocytów 4%. 21. XI. Operacja: *Corticalis* gruba, kość mało powietrzna, częściowo miękka. Po otworzeniu wyrostka wydobywa się ropa pod silnem ciśnieniem, przegrody kostne przeważnie zachowane, w niektórych komórkach ropa, w innych tylko obrzękła śluzowa, częściowo granulująca. Zatokę odsłonięto na przestrzeni ziarna grochu, ściana niebieskawa, lśniąca. 22. XI. Temp. 39—40°, chora czuje się jednak dobrze. 23. XI. Nudności; na prawem ramieniu zaczerwienienie o ostrych brzegach; róża? Wieczorem zaczerwienienie to znikło, a pojawiło się podobne na przedramieniu (a więc toksyczne). Badanie krwi: Leukocytów 9300. W mazanym preparacie. eozynofilów 0, neutrofilów z jądrem młodocianym 3%, neutr. z j. pałeczkowatem 43%, neutr. z j. segmentowanem 44%, limfocytów 8%, monocytów 2%. 24. XI. Zaczerwienienie na przedramieniu lewem, nudności, wymioty, temp. 40°, zaznaczona sztywność karku. Operacja wtórna: Odsłonięto jamę czaszkową średnią i zatokę w całym jej przebiegu, ściany wszędzie czyste. Nakłucie zatoki: krew płynna; (zaszczepiona okazała się jałowa). Nakłucie lędźwiowe: płyn przeźroczysty, jasny. 25. XI. Temp. 37—40°. W południe dreszcze przez 15 min. po poł. chora bezprzytomna, drgawki mięśni w okolicy kątów ust, silny niepokój mięśniowy, objawów oponowych brak, tętno 150, słabo napięte. 26. XI. Chora odzyskała przytomność, silne bóle głowy. 27. XI.—10. XII. Temp. 37—40°. Codz.: Argoflavina, początkowo wśródżylnie, potem wśródmięśniowo i Electrocollargol. 3. XII. Nacięcie ropowicy na stopie i w stawie skokowym. 11. XII. Pierwszy raz ciepłota poniżej 39°. 12. XII.—10. I.: 36'5—38°. 17. XII. przecięcie ropowicy na lewej ręce. 10. I. Wymioty, bóle głowy, temp. 38'5. 11. I. Nacięcie ropowicy na prawym pośladku. Dalszy przebieg: bez temperatury. Wszystkie rany goją się b. powoli. 9. III. Zesztywnienie w stawie skokowym prawym, przeniesiona na oddział ortopedyczny.

5) L. L. tragarz, l. 19. Od tygodnia bóle ucha prawego, od 5-u dni bóle głowy. Przed 2-ma dniami, rozpoczął się wyciek krwawy z ucha, wymioty, temp. 40°. Przyjęty na oddział 30. XI. 26. robi wrażenie ciężko chorego, silne bóle głowy. Błona bęben. zaczerwieniona, lekko wypuklona, wyciek minimalny, wyrostek wolny. Sz.: ½ m. Badanie krwi: Leukocytów 14220, neutrofilów młodocianych 4%, pałeczkowatych 14%, segmetowanych 64%, monocytów 9%, lymfocytów 9%. Nacięcie błony bębenkowej 1. XII. obraz jak wczoraj, temp. 40°, wymioty, chory nie oddaje moczu. Operacja: *Corticalis* b. gruba, struktura kości powietrznej zachowana, w komórkach ropa, w innych błona śluzowa nacieczona, przekrwiona. *Aditus ad antrum* b. wysoko, tuż pod tegmen. Odsłonięto oponę jamy czaszkowej średniej i zatokę, ściany czyste Tamponada. 2. XII. Temp. 39—38°. Bóle głowy całkiem ustąpiły, wymiotów niema. 3. XII. Temp. spada litycznie, 38—37°, chory czuje się doskonale. 7. XII. Opatrunek. Normalny przebieg pooperacyjny. 26. XII. Rana zagojona.

6) S. B. chłopak 15 l. Bóle ucha od 4 dni. Wypuklenie błony bęben., bolesność uciskowa na szczycie wyrostka, temp. 39°, przyjęty na oddział 27. VI. 25. Nacięcie błony bęb. 28. VI.: Obfity wyciek, temp. 38—39'5°. 29. VI. St. idem. 30. VI.: Ból na wyrostku, wyciek, temp. 40°. Operacja: Wyrostek wybitnie powietrzny, w komórkach ropa pod silnem ciśnieniem. Otwarcie wszystkich komórek aż do blaszki wewnętrznej. Tamponada. 1. VII. Temp. 37'8°. 2. VII. 37'3°. Przebieg pooperacyjny normalny.

7) M. K., dziewczynka 5 l. Przed 3-a tyg. zapalenie gardła. Przed 11-u dniami bóle ucha pr. i gorączka; 2 dni później wykonano nacięcie błony bęb., poczem temp. się obniżyła (do 38°) i rozpoczął się wyciek. Od 2 dni temperatury septyczne 36—39°, wobec tego przyjęta na oddział 11. X. 25. Badanie wykazuje: Błona bęben. obrzękła, silny wyciek ropny z ucha, wyrostek na szczycie przy ucisku, b. bolesny. Ślad opadnięcia górno-tylnej ściany. 12. X. St. id. rano 36'5°, wieczorem 39'5°, dreszcze; wobec tego operacja: kość przekrwiona diploetyczno-pneumatyczna. Płynnej ropy nie widać, natomiast błony śluzowe komórek silnie obrzękłe, w niektórych komórkach ziarnina. Opon ani zatoki nie odsłonięto. Tamponada. 13. X. Temp. 38—37'5°. Chora czuje się dobrze, tętno 160. 14. X.: bez temp. Normalny przebieg pooperacyjny. Tętno utrzymuje się przez szereg tyg. ok. 150., później dopiero wraca do 80 jak przed ciepłotami septycznemi.

8) S. B. chłopak 2½ l. Przed 2-ma miesiąc. odra, przed tygodniem zapalenie gardła. Od tego czasu ciepłoty septyczne 39—36°, przebywa na oddziale chorób dziecinnych. Badanie otjatryczne 5. XII. 25. Błona bęben. lewa zaczerwieniona, wypuklona, słaby wyciek surowiczo-krwawy. Nacięcie błony bęb. Obraz krwi: leukocytoza 14000. Neutrofilów pałeczków 8%, segmentowanych 58%, limfocytów 20%. Monocytów 12%, eozynofilów 2%. 6. XII. wyciek minimalny, wyrostek wolny, temp. septyczne, powtórnie nacięcie błony: 7. 12. St. idem. Temp. 36—40°. Podejrzenie na ognisko wewnątrz w płucach. 8. XII. 36—40'3°. Antrotomia. Kość dość zbita, przekrwiona, płynnej ropy nie znaleziono, natomiast w komórkach silnie obrzękła, zgrubiała błona śluzowa, w *antrum* i w *aditus ad antrum* ziarnina. 9. XII. Dziecko bez gorączki, blade, ale czuje się dobrze. Tętno 140., regularne. Normalny przebieg pooperac. 30. XII. Rana zagojona.

9) H. A. dziewczyna 23 l. Z powodu schizofrenji przebywa w zakładzie dla umysłowo chorych. Bóle ucha prawego od 4 dni, temp. 38'4—37'4°. Przed 2-ma dniami nacięcie błony bęben. Przyjęta na oddział 4. V. 27. Szum, bóle ucha i za uchem. Błona bębenkowa szaro-czerwonawa, nie wypuklona, ból na wyrostku przy ucisku zwłaszcza w okolicy *emissarium mastoid.* Powtórne nacięcie błony bębenk. 5. V.: Temp. 37'3°, bóle głowy, wycieku brak. 6. V.—7. V. St. id. 8. V. Ból na wyrostku w okolicy *emissarium* większy. Obrzęk ściany dolno-tylnej przewodu zewn. bez śladu zapalenia przewodu zewn. Operacja: *Corticalis* b. cienka: już przy pierwszem uderzeniu młotkiem wydobywa się ropa pod silnem ciśnieniem. Wyrostek idealnie powietrzny, znaczna część komórek wypełniona ropą zwłaszcza w okolicy *emissarium mast.*, w innych śluzowa obrzękła lub normalna. Przegrody komórek zachowane, komórki zmienione sięgają aż do kostnej blaszki zatoki; wobec tego udało się otworzyć wszystkie komórki nie odsłaniając zatoki. Tamponada. Normalny przebieg pooperacyjny.

Zanim przejdę do krytycznego omówienia tych przypadków, chciałbym w kilku słowach poruszyć terminologję. Co rozumiemy przez wczesną operację wyrostka sutkowego? Neumann wymienia 3 terminy: Operacja wczesna t. j. wykonana w pierwszych 2 tygodniach ostrego zapalenia ucha środk.: operacja w właściwym czasie t. j. w 3—4-o tyg. i operacja późna. Dość zbliżony podział wprowadzili Barwich i Haardt, którzy dzielą swe przypadki na 3 grupy:

1) przypadki operowane w 9-u dniach.

2) do końca 3-go tygodnia.

3) obejmuje operacje późne poza 3-im tygodniem.

Inni autorowie zarzucają ten podział, widząc w nim zbytnie schematyzowanie; uważają oni, że poszczególne przypadki przebiegają różnie, zależnie od żywotności bakterji, od ogólnej odporności, od warunków anatomicznych itd. tak, że nie może być mowy o wczesnej lub późnej operacji; czasem zabieg wykonany w 10-ym dniu może się okazać za późnym. W wywodach moich zatrzymałem nazwę: wczesna operacja i rozumiem przez nią zabieg, wykonany w pierwszych 3 tygod. zapalenia ucha środkowego.

Dok. nast.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Prof. Dr. K. BOCHEŃSKI. Lwów.

O postępowaniu w przypadkach krwotoków poporodowych z powodu niedowładu macicy.

(Uwagi na tle sporu dwóch lekarzy co do przyczyny śmierci w pewnym wypadku).

Jeden z kolegów wniósł do Izby lekarskiej lwowskiej pismo z zażaleniem na kolegę drugiego treści następującej:

Proszę o rozpatrzenie poniżej przytoczonej sprawy i o wydanie odpowiedniego orzeczenia:

Dnia 18. XII. 1926 zostałem wezwany, jako lekarz, do udzielenia pomocy lekarskiej kobiecie, będącej w VIII miesiącu ciąży. Przybywszy do chorej o godzinie 10 rano, stwierdziłem czynność porodową, ujście zewnętrzne niedrożne, szyję rozdętą. Tętna płodu nie słyszałem, a rodząca podała, że ruchów płodu nie czuje.

Poleciłem wezwać położną i odszedłem z tem, że w razie potrzeby przybędę do rodzącej zaraz.

Wezwany ponownie o godzinie 1 min. 45 popołudniu udałem się natychmiast do rodzącej, a po przybyciu stwierdziłem, że płód rodzi się w położeniu pośladkowem. O godzinie 2-giej urodził się płód siłami natury, nieżywy, wielkością odpowiadający 8-mu miesiącowi ciąży. W 15 minut później odeszło łożysko. W 10 minut po odejściu łożyska rodząca zaczęła krwawić, przyczem odchodziła nieznaczna ilość skrzepów a krew wolno sączyła po międzykroczu. Posłałem do apteki po rozczyn *Extr. sec. corn. 3 g na 100 wody* i podałem chorej jedną łyżkę tego leku. Udałem się następnie do domu po strzykawkę i wróciwszy zaraz wstrzyknąłem podskórnie *0.2 g ergotyny*. Równocześnie posłałem do szpitala wojskowego po worek z lodem. Worek dostarczono po pewnym czasie a lód jeszcze później, bo musiano go szukać w kilku restauracjach.

W międzyczasie położnica przestała nieco krwawić, po pewnym jednak czasie ponownie zaczęła krwawić. Macica była dość miękka. Poleciłem akuszerce masować delikatnie macicę. Samo krwawienie nie było gwałtowne, krew sączyła wolno po międzykroczu. Podałem ponownie łyżkę sporyszu. Gdy przyniesiono lód, kazałem worek nim napełnić i położyłem go na brzuch.

Około pół do czwartej pojawiło się znowu nieco silniejsze krwawienie, tętno zaczęło słabnąć i pojawiła się bladość. Wstrzyknąłem 0.2 *coff. natr. salic.* i kazałem podnieść nogi chorej, a ponieważ do kwadransa położnica nadal krwawiła, o godzinie 3 kwadranse na czwartą, widząc, że macica niema wielkiej dążności do kurczenia się, napisałem do dyrektora szpitala powszechnego Dra X. bilet wizytowy, w którym prosiłem go o przybycie z instrumentami celem dokonania ewentualnie tamponady macicy. Z biletem tym posłałem męża chorej; polecając mu, ażeby powiedział, jak się rzecz ma z położnicą.

Następnie wstrzyknąłem położnicy *3 ampułki ol. camph. po 0.2* i udałem się do szpitala po aparat do wlewań podskórnych. W kilka minut byłem z powrotem i zastałem u chorej już Dra. X.

Dr. X. przybył na kilka minut po 4-tej bez instrumentów. Zdałem mu sprawę ze stanu chorej i z tego, co dotychczas robiłem. Dr. X. wstrzyknął podskórnie 2 ampułki pituglandolu i oświadczył, że zaczekamy na skutek, a tamponadę będzie robił jako *„ultimum refugium"*. Czekaliśmy jakiś czas, położnica przestała krwawić, macica jednak nie twardniała zupełnie. Po pewnym czasie pojawiło się znów nieznaczne krwawienie. Zgodziliśmy się, że w razie, jeśli chora nie przestanie krwawić do godziny piątej, zrobimy tamponadę macicy. Tymczasem w kilka minut po trzy kwadranse na piątą chora zemdlała, a kolega wezwany oświadczył, że ze względu na miękkość macicy trzeba zrobić tamponadę macicy. Ponieważ pomieszkanie chorej składało się z 2 bardzo szczupłutkich pokoików, proponowaliśmy przewiezienie chorej do szpitala powszechnego celem dokonania tam operacji. Rodzina jednak nie zgodziła się na to, dlatego w końcu zdecydowaliśmy się zrobić operacje w domu.

Zawołano sanki, któremi Dr. X. udał się do szpitala po instrumenta, ja zaś w międzyczasie pilnowałem chorej, i przygotowywałem pokój do operacji. Przez ten czas chora zachowywała się spokojnie, nie mdlała, tętno było małe lecz równe, dlatego leków żadnych nie podawałem. W międzyczasie przygotowywałem wszystko do operacji, tak, że gdy powrócił Dr. X, wszystko było gotowe. Na kuchence gazowej wygotowano narzędzia i przystąpiliśmy do operacji, w czasie której ja asystowałem.

We wziernikach łyżkowych stwierdzono brak jakichkolwiek obrażeń. Po ściągnięciu części pochwowej ku dołowi wydobyto łyżką z jamy macicy małą garść skrzepów. Kleszczykami Chrobaka wprowadzono do jamy macicy dwa zwoje gazy każdy wielkości jaja gęsiego. Trzecim zwojem zatamponowano tylne sklepienie i pochwę. Wśród tego wstrzyknął kolega wezwany ampułkę pituglandolu wprost w cześć pochwową. Pod koniec operacji chora zaczęła się rzucać niespokojnie, mówiąc, że jej słabo i duszno.

Ja w chwili powstania od operacji poczułem odrazu w powietrzu gaz, podszedłem więc do kuchenki gazowej, która się mieściła w tym samym pokoju i usłyszałem syk gazu. Przy kontrolowaniu kurków zauważyłem, że jeden z nich był otwarty na pół gazu. Natychmiast oświadczyłem na głos, że gaz w czasie operacji był otwarty, kurek zamknąłem, a równocześnie mąż chorej zamknął kurek od rury dopływowej. Poleciłem też zaraz po zebraniu chorej do drugiego pokoju otworzyć drzwi i okna. Po ułożeniu chorej na łóżku macica była mała, twarda a krwawienie ustało, natomiast chora zaczęła się niespokojnie rzucać na łóżku.

W międzyczasie obaj z Dr. X. zaczęliśmy się myć po operacji, gdy nagle zawołano Dra X. do chorej. W kilka chwil zawołał mnie Dr. X., abym dał zaraz kamforę. Natychmiast zabrałem się do napełniania strzykawki kamforą. Nagle zawołał mnie Dr. X., ażeby zaraz posłać do apteki po *hexagon*. Napisałem receptę a gdy przyniesiono hexagon, podałem najpierw wstrzyknięcie śródmięśniowe, a potem dożylne. Posłałem też do apteki po roztwór fizjologiczny soli kuchennej a ponieważ go tam nie było gotowego, posłałem do szpitala.

Przez ten czas byłem zajęty przygotowaniem do wstrzyknięcia, podając jednak hexagon dożylnie, zauważyłem u chorej zapad i że Dr. X. robi sztuczne oddechanie. Po chwili sam zacząłem robić sztuczne oddechanie a Dr. X. trzymał język. Zaraz przyniesione roztwór soli do wlewań — który zastosowano.

Po wstrzyknięciu dożylnem hexagonu chora poczęła nieco oddechać a źrenice oddziaływać. Wkrótce to jednak ustało i nastąpiła śmierć.

Zaraz po śmierci oświadczyłem, że zachodzi tu zatrucie gazem świetlnym u osoby niedokrwistej z powodu krwotoku poporodowego, albowiem stan chorej w chwili rozpoczęcia operacji (t. j. tamponady) był wcale dobry, a zapad i śmierć nastąpiła nieprzypuszczalnie prędko. Twierdzenie moje opieram na tem, że pokój, w którym operowaliśmy był bardzo mały (3×5 m.), gęsto zastawiony meblami, tak, że wprost nie można się było obrócić, że koncentracja gazu była dość wielka, tak, że, wstając od operacji, natychmiast zauważyłem gaz i że czas, przez który chora pozostawała w atmosferze przepojonej gazem, był dość długi stosunkowo, bo przynajmniej 20 minut. O tem, że stan chorej nie był zbyt ciężki, może świadczyć także ta okoliczność, iż momentem, który skłonił Dr. X. do tamponady, była miękkość macicy, a nie sam stan chorej.

Z domu zmarłej wyszliśmy razem o godzinie trzy kwadranse na siódmą, nie wyrażając między sobą żadnej różnicy zdań co do przyczyny śmierci.

Na drugi dzień wieczorem dowiedziałem się, że Dr. X. przezemnie wezwany oświadczył różnym osobom, iż *do przypadku został zapóźno wezwany i że, gdyby był wcześniej przybył, chora byłaby nie umarła.* Co do przyczyny śmierci oświadczał, że zmarła skrwawiła się. Wskutek tych oświadczeń oraz komentarzy u całego szeregu osób powstało podejrzenie, iż jestem winny zaniedbania przypadku, a więc moralnym sprawcą śmierci wspomnianej chorej.

Słowa kolegi przezemnie wezwanego lotem błyskawicy rozeszły się po mieście prowincjonalnem, wywołując najrozmaitsze komentarze, bynajmniej nieprzychylne dla mnie.

Dotknięty głęboko, z powodu ciążącego na mnie powyższego podejrzenia, iż jestem sprawcą śmierci w tym przypadku postanowiłem całą sprawę oddać Izbie lekarskiej celem rozpatrzenia i wydania orzeczenia.

Ponieważ Dr. X. przezemnie wezwany nie objawił wcale chęci naprawienia wyrządzonego mi zła, zadecydowałem sprawę oddać do rozpatrzenia Izbie lekarskiej.

Wracając do przypadku, zaznaczam, że kolegę tegoż poprosiłem w 2 godziny po porodzie, że rodząca nie miała wcale obfitych, jak to nieraz bywa, krwotoków i że stan jej w chwili przybycia jego był wcale dobry. Z chwilą przybycia on leczenie objął, ja mu tylko pomagałem.

O tem, że stan chorej był względnie dobry, świadczyć może to, że Dr. X. nie uważał za wskazane przystąpić zaraz do tamponady lecz czekał do 5-tej godziny, a więc prawie całą godzinę i że do tamponady wziął się ze względu na miękkość macicy.

Na czem opiera Dr. X. swoje twierdzenie, że został zapóźno wezwany, tego nie wiem, w każdym razie wobec tego twierdzenia nie jest dla mnie wytłumaczonem, dlaczego przybył bez instrumentów i dlaczego zaraz nie zdecydował się na tamponadę, a tylko postanowił czekać do 5-tej godziny.

Przez kilka dni wahałem się jeszcze, obecnie jednak zdaję sobie sprawę, jak szerokie kręgi zatoczyła powyższa plotka, proszę o rozpatrzenie powyższej sprawy, zawezwanie ewentualnie świadków i t. p. wydać orzeczenie fachowe i dać mi możność zrehabilitowania się i oczyszczenia z ciążącego na mnie zarzutu.

Zażalenie powyższe posłano w odpisie koledze drugiemu, a ten w odpowiedzi nadesłał Zarządowi Izby lekarskiej następujące wyjaśnienie:

Dnia 18. XII. 1926 wezwał mnie kol. X. do chorej biletem tej treści: Wny Pane Doktorze! U żony pana N. N. krwawienie po porodzie, prawdopodobnie potrzebna będzie tamponada macicy. Proszę o przybycie, gdyż ja nie mam odpowiednich instrumentów". Przynaglany przez męża chorej udałem się zaraz do chorej, wziąłem ze sobą strzykawkę, po drodze wstąpiłem do apteki po pituglandol i kilka minut przed 4.30 byłem na miejscu. Po zbadaniu chorej stwierdziłem następujący stan: nadzwyczajna bladość powłok i błon śluzowych, kończyny zimne, rysy twarzy zaostrzone, oczy podkrążone, zapadłe, niespokojne, z wyrazem trwogi. Oddech przyśpieszony, powierzchowny. Chora niespokojna, skarży się na szum w uszach i zawroty głowy. Tętno bardzo przyśpieszone, bardzo słabo napięte, regularne. Łóżko chorej silnie przekrwione, pod niem

również dużo krwi. Ze sromu sączy cienkim strumieniem krew. Macica sięga dnem kilka palców ponad pępek, miękka, ciastowata, niedająca się dokładnie wymacać, bo w zarysach swoich nie zaznaczała się od innych organów jamy brzusznej. Obraz więc silnego skrwawienia, wskutek niedowładu macicy *(atonia uteri)*.

Wstrzyknąłem natychmiast domięśniowo 2 ampułki pituglandolu, usunąłem worek z lodem i poleciłem położnej energicznie masować macicę, wskazując, jak ma to robić. Rodzinie oświadczyłem że stan położnicy jest bardzo groźny.

Ponieważ wzywający mnie kolega zastosował śmiesznie małe dawki sporyszu, oświadczyłem mu, że poczekam jeszcze około 10 minut, czy macica nie oddziaływa na zastrzyk.

Instrumentów i potrzebnych mi do tego tamponów nie wziąłem ze sobą, gdyż, wnosząc z pisma Dr. N. nie byłem pewny, czy tamponada macicy jest w danym wypadku bezwzględnie wskazana, do której położnik, ucieka się w ostateczności, co mu też oświadczyłem. Ponieważ Dr. N. podaje się za położnika, nie przypuszczałem nawet, abym chorą będącą od początku porodu pod jego opieką, mógł zastać w takim stanie.

Gdy więc macica po 10 minutach nie jędrniała mimo energicznego masażu, udałem się natychmiast fiakrem do szpitala po instrumenta, materjał jałowy do tamponady i inne potrzebne mi do tego środki, polecając, aby chorej podano napoje gorące, oraz termofory w nogi. Dr. N. poleciłem dać hypodermoklizę i przygotować miednicę i wodę. Możliwie szybko wróciłem i wtedy stwierdziłem, że w międzyczasie stan chorej pogorszył się bardzo, tętno było nitkowate, chora senna, apatyczna, ziewająca i z trudnością oddechająca, tak, że nie wiele miałem nadziei, czy uda mi się ją uratować.

Tamponadę, przekonawszy się, czy niema resztek łożyska, wykonałem przy asyście Dr. N. bardzo szybko i już podczas zabiegu zauważyłem, jak mi się macica kurczyła. Po dokładnem wytamponowaniu wstrzyknąłem mimo to jedną ampułkę pituglandolu wprost w mięsień maciczny, który był zupełnie blady. Zabieg cały nie trwał ponad 5 minut. Macica zareagowała dobrze, stała się twarda i mała. W łóżku kazałem chorą ułożyć z głową znacznie obniżoną.

W czasie gdy ściągałem rękawiczki z rąk, wezwała mnie położna do chorej. Zastałem chorą oddechającą ciężko, pokrytą zimnym potem, źrenice rozszerzone. Chora konała. Zastosowałem sztuczne oddechanie, kazałem unieść nogi ku górze, i okładać gorącemi kompresami, głowę zaś i klatkę piersiową umieściłem na niskim fotelu. W trakcie tego wstrzykiwałem co było pod ręką, kamforę, dożylnie adrenalinę, hexaton, które to dwa środki polecił Dr. N. przynieść z apteki. Chora zaczęła powoli i nieznacznie przychodzić do siebie. Zapytałem Dr. N. czy wykonał, jak mu poleciłem infuzję podskórną w międzyczasie, gdy się udałem po instrumenta. Nic mi na to nie powiedział, tylko posłał po nią najpierw do apteki, tam jej nie było, więc do szpitala wojskowego.

Sztuczne oddechanie wykonywałem pod koniec na zmianę z Dr. N. około 40 minut, stan chorej się jednak nie poprawił i nastąpiło zejście śmiertelne.

W czasie kiedy ja ratowałem umierającą, Dr. N. będąc w drugim pokoju, gdzie odbył się zabieg, oświadczył zebranym tam: „tu czuć gaz, chora uległa zatruciu". Jak Dr. N. nie zdawał sobie sprawy z przypadku, świadczy fakt, że, widząc chwilowe polepszenie się stanu chorej po sztucznem oddechaniu i zastosowanych środkach, sprzeciwił się, by wezwać do niej księdza, gdy oświadczyłem matce, że chora umiera.

Nie odpowiada prawdzie twierdzenie Dr. N., by chora uległa zatruciu gazem, gdyż ja sam lub ktoś z obecnych byłby poczuł woń tegoż w powietrzu. Przy gotowaniu instrumentów byłem osobiście i widziałem, jak gaz zamknęła moja sanitarjuszka i nikt go już więcej nie otwierał, gdyż nie zachodziła tego potrzeba.

Stan chorej był od początku mego przybycia do niej bardzo poważny, a przed zabiegiem nie uległ poprawie, lecz owszem pogorszeniu.

Gdy Dr. N. oświadczył w drugim pokoju rodzinie zupełnie niespodzianie i bez żadnego porozumienia się ze mną, że chora uległa zatruciu gazem, byłem zajęty akcją ratunkową umierającej i nie mogłem sprostować jego twierdzenia. Oświadczenie Dr. N. wprawiło mnie w prost w zdumienie i oburzenie, opuszczając więc dom zmarłej, powiedziałem mu dobitnie, iż chora skrwawiła się, a nie zmarła na zatrucie gazem, jak on to uważa.

Zgon osoby młodej i znanej w miasteczku wywołał wielkie wrażenie. Wiedziano powszechnie, że wzywano mnie do zmarłej. Zapytywany z wielu stron, jak mogłem dopuścić do zatrucia gazem, byłem moralnie zmuszony podać rzeczywistą przyczynę śmierci, przyczem stanowczo zaznaczam, że nie obwiniałem zupełnie Dr. N. ani też, wdając się w dyskusję z laikami, podawałem w wątpliwość jego postępowanie lekarskie, owszem było mi go żal. Pytany, dlaczego ja nie uratowałem zmarłej, oświadczyłem, iż można ją było uratować odpowiednim zabiegiem, wykonanym jednak w czas. Interpelantów danych nie mogłem zostawić bez odpowiedzi. Niendolne bowiem twierdzenie Dra N. obiegło całe miasto i stawiało mnie wcale w niedwuznacznem świetle, jako lekarza stojącego na czele szpitala.

Oświadczyłem kol. N., że, będąc wezwany następnego dnia jako lekarz do chorej innej, powiedziałem do biadających nad zmarłą jako, ofiarą gazu, iż stało się to nie wskutek gazu, lecz z powodu zbytniej utraty krwi po porodzie, a ja zostałem już zapóźno wezwany. Powiedziałem też u nich, że dana w czas odpowiednia pomoc mogła zmarłą uratować. Zapatrywanie to powiedziałem jeszcze 2 osobom.

Na zapytanie Dr. N., dlaczego przybyłem bez instrumentów, powiedziałem mu, że on je powinien był mieć już w pogotowiu, a gdy ich nie posiadał, mógł się wcześniej o nie postarać. Z jego zaś biletu oraz relacji męża zmarłej nie mogłem wnosić, że tamponada, którą uważam za *„ultimum refugium"* po wyczerpaniu logicznem i umiejętnem innych środków, jest bezwzględnie wskazana, zresztą sam on przypuszczał tylko jej prawdopodobieństwo. Z decyzją tamponady nie wahałem się, ujrzawszy chorą, krótko u niej zabawiłem, oczekując skutku po zastrzyku i masażu.

Że Drowi N. chodzi o dobrą opinję, nie dziwię się. Trudno jednak, abym ja, kierując się temi względami, szedł mu tak dalece na rękę, bym aż mijał się z prawdą, dlatego że on bezmyślnie powiedziawszy swoje twierdzenie, nieodpowiadające prawdzie, nie odstąpił od niego. Na to nie pozwala mi tak moja uczciwość jak i powaga instytucji, na której czele stoję. W końcu dla wyjaśnienia istoty sprawy donoszę, że rodzina zmarłej, t. j. matka i ciotka oraz położna, gdy wystąpił u chorej krwotok, zwróciły mu na to uwagę, powiedział, że tak ma być, gdyż po porodzie zawsze jest krwawienie. Rodzina mimo to 2 razy posyłała po mnie tuż po porodzie, a kolega ten zawrócił posłańca, tłumacząc, że wszystko skończy się dobrze.

Pismo to kończy się słowami:

Powyżej podane fakta pozostawiam ocenie i sadowi Świetnej Izby lekarskiej i proszę o danie mi zadośćuczynienia w stosunku do kolegi N, lekarza młodego, stawiającego pierwsze samodzielne kroki — za doniesienie na mnie, prymarjusza i dyrektora szpitala.

Oba pisma przytoczyłem niemal dosłownie, opuszczając jedynie poszczególne ich uwagi, które istoty rzeczy niezmieniają i szczegóły osobiste, dotyczące obu kolegów, ze względów zrozumiałych.

* * *

Oceniając krytycznie opisany przypadek ze stanowiska położniczego, a więc czysto fachowego, trzeba podnieść, że tak jeden kolega, jak i drugi nie stali na wysokości zadania.

Przypatrzmy się bliżej i oceńmy ich zachowanie się i postępowanie i uczyńmy to zupełnie spokojnie bez uprzedzenia, jedynie na podstawie ich własnych zeznań.

Zacznijmy od Dra N. — W 10 minut po odejściu łożyska wystąpiło krwawienie i odchodziła nieznaczna ilość skrzepów, a krew wolno sączyła po międzykroczu. Posłał do apteki po sporysz i z rozczynu 1% podał chorej jedną łyżkę. Udał się potem do domu po strzykawkę i wróciwszy wstrzyknął podskórnie 0,2 ergotyny. Po pewnym czasie położnica zaczęła znów krwawić, macica była miękka, dlatego polecił położnej masować ją lekko. Jeszcze później, bo około pół do czwartej, wystąpiło znowu nieco silniejsze krwawienie, tętno zaczęło słabnąć i pojawiła się bladość. Po kwadransie stwierdził, że krwawienie nadal się utrzymuje, a przed czwartą godziną, t. j. w 2 godziny po porodzie zawezwał pomocy drugiego kolegi, dlatego, że macica nie miała wielkiej tendencji do kurczenia się.

Nie trzeba być bardzo doświadczonym położnikiem, aby się zorjentować, że przecież były to typowe objawy niedowładu macicy *(atonia uteri)*. Nawet kiedy w 2 godziny po porodzie tętno zaczęło słabnąć, wystąpiła bladość i chora zemdlała — uważał stan jej za wcale dobry i zaznacza w końcowych swych uwagach, że rodząca nie miała wcale obfitych, jak to nieraz bywa, krwotoków.

Więc krwotoki po porodzie i. to nawet obfite uważa Dr. N. za stan normalny?

Od pierwszej chwili, więc w ciągu długich 2 godzin nie zorjentował się Dr. N., widząc macicę dużą, sięgającą dnem powyżej pępka, a co ważniejsze miękką, że była to macica atoniczna i z niej utrzymywało się stałe krwawienie.

W końcowych uwagach pisma do Izby twierdzi Dr. N., że śmierć nastąpiła wskutek zatrucia gazem świetlnym u osoby zanemizowanej krwotokiem poporodowym.

Więc przyznaje, że był krwotok poporodowy i że osoba ta krwotokiem tym była zanemizowana, czyli poprostu, że się skrwawiła. Pisał te słowa w kilka dni po wypadku, kiedy na zimno rozważył rzecz całą spokojnie i nabrał przekonania, że przecież niepodobna temu zaprzeczyć.

Że jednak przy łóżku chorej nie zdawał sobie dobrze sprawy z powagi sytuacji, dowodzi między innemi okoliczność, że stosował w celu opanowania krwotoku niewystarczające dawki odpowiednich środków jak jedną łyżkę 3% rozczynu sporyszu t. j. 0,45, a następnie podskórnie 0,2 ergotyny. Dawki te nie mogły chyba pobudzić macicy do energicznego skurczu.

Niepodobna nie wytknąć Drowi N. i tego, że polecił położnej masować macicę i to delikatnie. I nie delikatnie zabieg ten się robi, jeżeli ma być skuteczny, ale właśnie energicznie, a co ważniejsze, nie położna ale sam Dr. N. winien był to uczynić.

Wreszcie nie można się powstrzymać od zarzutu, że w czasie tego 2 razy opuszczał chora. I po strzykawkę i po aparat do hypodermoklizy mógł był wysłać kogoś, a sam winien był pozostać przy chorej.

Że stan chorej musiał być poważny, dowodzi, między innemi okoliczność, że rodzina chorej, zaniepokojona jej stanem, dwa razy pragnęła wezwać do niej Dra X i wysłała doń posłańca, którego atoli Dr. N. zawrócił. Tego lekarz nie powinien czynić, aby zabraniał wezwać drugiego lekarza, skoro chora lub rodzina tego sobie życzą.

Tak samo nie powinien lekarz zabraniać wezwać księdza do chorej, jak to uczynił Dr. N., przyczem uspokajał rodzinę, że wszystko skończy się dobrze.

A t e r a z Dr. X.

Ten od pierwszej chwili zorjentował się, że ma do czynienia z krwotokiem z powodu niedowładu macicy i ocenił stan chorej należycie, jako bardzo poważny. Postąpił słusznie, że wstrzyknął zaraz domięśniowo 2 ampułki pituglandolu. Po tym środku mógł się spodziewać należytego skurczu macicy, a tem samem mógł mieć nadzieję doraźnego opanowania krwotoku. Skoro atoli ten środek zawiódł, winien był w myśl propozycji Dra N. zastosować tamponadę macicy. Wprawdzie Dr. X. nie uznaje tamponady macicy i twierdzi, że położnik stosuje ją jako *„ultimum refugium"*, i ucieka się do niej w ostateczności po wyczerpaniu logicznem i umiejętnem innych środków. Można więc z nim dyskutować o wartości tamponady i nie można mu z tego robić zarzutu, że nie jest jej zwolennikiem. Nie można atoli nie wytknąć mu, że zapatrywań swych teoretycznych, zresztą całkiem słusznych, nie zastosował praktycznie u chorej. Bo ani logicznie, ani też umiejętnie nie wyczerpał innych środków. A środków tych jest niemało. Przytoczę niektóre:

1. masaż macicy — zastosował go wprawdzie Dr. X., ale polecił go wykonać położnej, zamiast aby go sam wykonał. Polecił go przynajmniej robić energicznie, jak być powinno,
2. gorące przestrzykiwanie pochwy,
3. gorące przestrzykiwanie macicy,
4. skombinowany zabieg F r i t s c h a, polegający na tem, że jedną ręką ujmuje się silnie wargi większe, w całą garść i spycha się je z całej siły w kierunku pochwy, podczas gdy druga ręka ujmuje macicę podobnie jak przy zabiegu C r é d e g o i wciska ją z całej siły ku dołowi do miednicy małej. W ten sposób pod wpływem silnego ucisku tak pochwa jak i macica nie przedstawiają wolnego światła t. j. próżni, do którejby mogła sączyć.
5. zabieg Z w e i f l a podobny do poprzedniego z tą odmianą, że jedna ręka nie ujmuje warg większych, lecz wchodzi do pochwy i uchwyciwszy silnie obie wargi części pochwowej, zaciśnia je, podczas, gdy równocześnie druga ręka manipuluje tak samo, jak przy zabiegu F r i t s c h a,
6. ucisk tętnicy głównej (aorty) według M o m b u r g a, który można wykonać ręką, o ile niema drenu gumowego lub specjalnie w tym celu polecanych przyrządów,
7. wprowadzenie jednej ręki do wnętrza macicy, ułożenie jej tam w kułak, na którym druga ręka od zewnątrz masuje macicę,
8. przegięcie macicy ku przodowi ponad spojenie łonowe (F r i t s c h),
9. skręcenie macicy spiralnie naokoło jej długiej osi i przyciśnięcie jej ku spojeniu łonowemu w dół (L a s e n s t e i n),
10. uniesienie macicy ku górze ręką wprowadzoną do pochwy, która wywiera ucisk na sklepienia i w ten sposób unosi macicę w górę i przyciska do drugiej ręki nacierającej dno macicy od zewnątrz,
11. przemieszczenie macicy ku dołowi zapomocą szczypczyków, któremi chwyta się obie wargi części pochwowej (A r e n d t) i ściąga się niemi macicę ku dołowi jak najniżej. Równocześnie od zewnątrz winno się nacierać macicę, lub wywierać ucisk zapomocą worka z paskiem ułożonego na brzuchu lub zapomocą opatrunku uciskowego (A. M u e l l e r, S a v a),
12. ściągnięcie macicy ku dołowi, jak poprzednio, przy równoczesnem skręceniu macicy (K n a p p),
13. zaciśnięcie tętnic macicznych szczypczykami M u z e u x, któremi chwyta się przymacicza od strony sklepień pochwy (H e n k e l),
14. to samo uskutecznić można przez założenie na tętnice maciczne przez sklepienia pochwy prowizorycznych podwiązek.

Wyliczonych powyżej środków i sposobów nie należy stosować bezkrytycznie i szybko jeden za drugim. Należy przeczekać pewien czas, w którym przypuszczalnie winien wystąpić efekt zastosowanego środka, a skoro on zawiedzie, zastosować inny. Pamiętać przy tem należy, że leczenie niedowładu macicy rozpocząć należy zawsze od masażu macicy, ile że środki mechaniczne działają energicznie i zwykle wywołują skurcz macicy. Dlatego też nacieranie dna macicy winno się stosować stale niezależnie od innych środków, o ile takowe okażą się konieczne. Skoro atoli środek ten zawiedzie, będzie to dowodem, że niedowład macicy jest znaczny i przypadek cieżki, należy wtedy stosować oprócz tego inne środki i wreszcie nie zwlekać zbyt długo z tamponadą macicy. Mimo bowiem, że Dr. X. jest przeciwnikiem, to nie da się zaprzeczyć, że jest to środek dzielny, który dobrze wykonany, oddaje nam dobre usługi. Aby jednak tamponada cel swój osiągnęła, musi być, jak wspomniałem, dobrze wykonana, to znaczy, że gaza winna wypełniać wnętrze macicy. Jeśli gaza leży w macicy luźnie, wtedy ona nie tamponuje, nie uciska bowiem ziejących i krwawiących naczyń, nie drażni macicy, a tem samem nie pobudza jej do skurczu. Oprócz jamy macicy należy wytamponować tak samo szyję i pochwę.

Mam wątpliwości, czy dwa zwoje gazy, każdy wielkości jaja gęsiego, wsunięte do jamy macicy, a trzeci tej samej wielkości do pochwy, w omawianym przypadku potrafiły zadość uczynić powyższym wymaganiom. Okoliczność, że po założeniu do macicy tych zwojów gazy, krwawienie ustało, nie przemawia jeszcze za tem, że tamponada była szczelna. Chora ta nie krwawiła, bo była skrwawiona i nie miała już czem krwawić, czego dowodem, że rychło po tamponadzie zaszła śmierć.

Oprócz przyczynowego leczenia, to jest stosowania środków i zabiegów mających na celu pobudzenie macicy do skurczu, a tem samem opanowanie krwotoku, należy w przypadkach krwotoku zastosować doraźnie i równocześnie w razie potrzeby mniej lub więcej energiczne środki przeciwko ostrej niedokrwistości, jako następstwu krwotoku. Że potrzeba taka zachodziła w omawianym przypadku, nie ulega chyba wątpliwości. Doświadczenie zaś poucza, że jednym z najdzielniejszych środków wówczas jest wlewanie podskórne fizjologicznego rozczynu soli. Środek to dzielny, ale musi być zastosowany w odpowiedniej chwili i w odpowiedniej ilości. Zastosowany późno, podobnie jak i tamponada, okazać się może już bezskuteczny. Nie będę może daleki od prawdy twierdząc, że w omawianym przypadku tak się właśnie rzecz miała i z tamponadą i z wlewaniem podskórnem soli.

Nie wspominam już o p r z e l e w a n i u k r w i, bo tej u chorej nie można było zastosować z powodu braku odpowiednich przygotowań — ale zamiast niej wlewanie fizjologicznego rozczynu soli wprost do żyły celem szybkiego wypełnienia naczyń mogło było może uratować chorą.

Ale oprócz tego można było zastosować a u t o t r a n s f u z j ę, a więc założenie opasek na ręce i nogi, odpowiednie ułożenie chorej (wykonano to dopiero w ostatniej chwili, gdy chora zaczęła już konać), ułożenie worka z piaskiem na brzuch dla ucisku aorty celem podniesienia w niej parcia. Obok tego należało podawać w obfitej ilości płyny *per os, per clysma*, podać tlen do wdychiwania i t. p.

Ten sam zarzut, co Dra N. dotyczy i Dra X., a mianowicie, że opuścił chorą i udał się po instrumenta i opatrunki do szpitala zamiast załatwić to posłańcem.

Z konieczności nasuwa się pytanie, który z obu lekarzy miał słuszność co do przyczyny śmierci chorej D. Nie wątpię wcale, że chora padła ofiarą krwotoku z powodu niedowładu macicy. Twierdzenie Dra N. nie wytrzymuje, mojem zdaniem, krytyki. Przyjąwszy bowiem nawet, że kurek od gazu nie był szczelnie zamknięty i że gaz częściowo uchodził, to przecież niepodobna, aby on się nagromadził w pokoju w takiej ilości, aby mógł spowodować śmierć chorej w czasie pobytu jej w tym pokoju. Taką ilość gazu byliby z pewnością poczuli wszyscy obecni. Poczuć zaś miał woń gazu tylko Dr. N. i to dopiero w chwili, gdy wstał od operacji i zbliżył się do kuchenki gazowej. Powie ktoś na to, że chora skrwawiona, jako mało odporna, mogła uledz zatruciu nawet małą ilością gazu. Nie da się zaprzeczyć, że jest to możliwe, ale wówczas mamy jeszcze pewniejszy dowód na to,

że chora była skrwawiona. Cały zresztą przebieg przypadku i stan chorej bezpośrednio przed tamponadą, a więc w czasie kiedy jeszcze nie miała sposobności wdychiwania gazu, przemawia za tem, że to była osoba skrwawiona.

W całym zaś tym epizodzie, istota rzeczy tkwi w tem, iż Dr. N. nieopatrznie wypowiedział wobec otoczenia swe przypuszczenie, czy też twierdzenie, że śmierć nastąpiła wskutek zatrucia gazem.

Czynię mu z tego powodu zarzut, bo rozumuję następująco: Wezwał Dra X. do pomocy. Dr. X. odgrywał więc rolę konsyljarjusza. Nie można się zgodzić z zapatrywaniem Dra N., że z chwilą przybycia do chorej Dra X. tenże objął jej leczenie, a tem samem i odpowiedzialność. Odpowiedzialność bowiem ciążyła na obu tak samo jak i obowiązek ratowania chorej. Rozpoznanie, leczenie i całe postępowanie ich winno było być zgodne i ustalone po obopólnem porozumieniu się. Tego wymaga od nas powaga stanu i dlatego też odnośne przepisy kodeksu deontologji lekarskiej w tym, a nie innym duchu rzecz tę pojmują.

Nasuwają się jeszcze w omawianym przypadku inne sprawy do omówienia. I tak n. p. wydaje mi się rzeczą niewłaściwą zastanawianie się obu kolegów nad tem, aby chorą w tak groźnym stanie przewieźć do szpitala. Wszak transport mógł jej tylko zaszkodzić, a zresztą było to i tak spóźnione dzwonienie na tamponadę, na której chyba nie potrzeba było chorej przewozić do szpitala. Że położnik idąc do porodu winien mieć nietylko wszystkie instrumenta, jakie mogą być potrzebne, ale nadto wszystkie środki i to w odpowiednich dawkach, przekonał się o tem chyba Dr. N., który tak dużo czasu musiał stracić, by naciągnąć do strzykawki kamforę z ampułek jednocentymetrowych.

Epilog omawianego przypadku rozegrał się w Zarządzie Izby lekarskiej lwowskiej w sposób następujący.

Na wniosek mój, jako referenta tej sprawy, Zarząd Izby lekarskiej wezwał Dra N. i Dra X. do osobistego stawienia się celem ustalenia spornych faktów, co drogą korespondencji nie da się uskutecznić.

Wezwaniu Izby obaj koledzy uczynili zadość. Każdego z nich przesłuchano z osobna, przeprowadzono dyskusję i wytknięto błędy, w myśl uwag poprzednio przytoczonych.

Zarząd Izby uznał, że rzeczywiście Dr. N. ucierpiał w opinji wskutek kategorycznego twierdzenia Dra X. wobec różnych osób, że, gdyby go wezwano wcześniej, mógł był chorą uratować. Zarząd Izby stanął na stanowisku, że, jak z jednej strony niepodobna wykluczyć, czy rzeczywiście wcześniejsze wezwanie Dra X. nie byłoby mogło uratować chorej — tak z drugiej strony niepodobna twierdzić tego kategorycznie. Są bowiem przypadki niedowładu macicy, w których nawet w czas i należycie zastosowana pomoc okazuje się bezskuteczna.

Po dalszej dyskusji na ten temat oświadczył Dr. X., że nigdy nie twierdził, jakoby Dr. N. winien był śmierci chorej D. Jeżeli zaś podobna opinja istnieje na podstawie rozmów jego na ten temat, gotów jest to samo oświadczenie złożyć, gdzie należy.

Stanowisko Dra X. dające Drowi N. możność naprawienia jego opinji, uznał Zarząd Izby lekarskiej za całkiem poprawne i lojalne i dlatego powziął jednomyślną uchwałę, że, wobec tego, nie widzi powodu do wytaczania skargi przeciwko Drowi X., a tem samem uważa sprawę za załatwioną.

PORADNIK JĘZYKOWY.

Od Prof. Dr. T. Browicza otrzymujemy następujące uwagi co do spostrzeganych wadliwości mianowniczych i językowych:

Badanie na coś — powinno być — poszukiwanie czegoś,

jad zabity, suszony — jad to wytwór chemiczny, nie może być przeto ani zabity ani suszony. Odnosić się to może tylko do zarazka, pasorzyta czy mikrobu,

ciało uodparniające — powinno być — uodpornik,

endocarditis lenta — powinno być — wsierdzica powolnozakaźna,

erytremja — powinno być — przekrwinkowienie, wielokrwinkowość, czerwonokrwinczystość, czerwonokrwinkowność,

paraperitonealny — powinno być — przedotrzewnowy,

próba krwi — powinno być — poszukiwanie krwi,

bakterjofagja — powinno być — mikrobożerność,

termogenny — powinno być — ciepłobudźczy,

wdzielina (inkret) — powinno być — wkrewnik, wydzielina dokrewna,

aktualny — powinno być — na czasie,

wagotonja — powinno być — przewrażliwienie błędno-nerwowe,

hormonalny — pobudnikowy,

dysoreksja — niedołakność, niedołaknienie,

lipodystrofja — wiad tłuszczu, tłuszczowy,

neurocytolityczny — powinno być — naruszający komórki zwojowe,

postawienie rozpoznania — rozpozna/wa/nie,

amfotoniczny — dwoiście przewrażliwiony,

amfotonja — przewrażliwienie dwoiste,

biogenny — życiowo-wytwórczy.

M. M. ZWEJGBAUM. Warszawa.

Nieco o błędach językowych w pismach i dziełach lekarskich.

W Polsce, cudem wskrzeszonej, wszystko dążyć musi ku odrodzeniu, zarówno to, co wkracza w życie jej polityczne, jak i to, co sięga do dziedzin życia ekonomicznego, intelektualnego kulturalnego, naukowego i artystycznego — wszystko powinno dążyć do odnowy, do naprawy, do udoskonalenia. Stuletnia niewola narzuciła nam formy życia obce, nienawistne — to wszystko należy odrzucić, z tego należy się otrząsnąć, od tego należy się odgrodzić, aby do nowego życia móc przystąpić w szacie świeżej, czystej, nieskalanej.

Że w dążeniu ku odnowie i naprawie na przodującem miejscu należy postawić język, nad tem nie trzeba szeroko się rozwodzić. Dość przypomnieć, że język jest czynnikiem pierwszorzędnego znaczenia dla odrębności narodowej, zupełnie na równi, a może nawet w stopniu wyższym niż wyznanie. Dlatego zarówno język ludu, jak i język literacki lub naukowy powinny być czyste, nieskażone, nie zeszpecone obcemi naleciałościami.

Przewodnikami ku poprawie języka powinni być ludzie, stojący u szczytu oświaty, ludzie nauki. Oni to mają rozpocząć od siebie pracę nad poprawą języka, powinni nauczyć się pisać po polsku językiem bez zarzutu tak, aby wszystko, co wyjdzie z pod ich pióra — czyto rozprawa naukowa, czy dzieło literackie, czy broszura popularna — było pisane językiem poprawnym, wolnym od germanizmów i rusycyzmów, językiem czystym, któryby mógł służyć innym za wzór do naśladowania.

Może nigdzie nauka niemiecka nie zapuściła tak głęboko korzeni, jak w Polsce. Daje się to głównie wytłómaczyć bliskiem sąsiedztwem Polski z Niemcami, łatwą z niemi komunikacją, taniością życia w Niemczech i wreszcie zabiegliwością Niemców o nowe i liczne rynki dla swej produkcji i wytwórczości, co wyraziło się w znanem nam dobrze dążeniu ich ku wschodowi („Drang nach Osten“). Toteż niemiecka nauka lekarska przesiąkała do nas bezustannie, przywożona przez naszych lekarzy, którzy powracali ze studjów w klinikach i pracowniach niemieckich i autrjackich, jak również dostawała się do nas pod postacią podręczników niemieckich, któremi nasz rynek księgarski był literalnie zasypywany. Z naciskiem też należy przypomnieć o przemożnym, bezpośrednim wpływie nauki niemieckiej na tych Polaków, którzy mieszkali stale w zaborze pruskim lub austrjackim.

Wpływ nauki rosyjskiej, aczkolwiek znacznie mniejszy, nie pozostał również bez znaczenia dla umysłowości polskiej. Lekarze polacy, osiedleni w znacznej liczbie w Rosji, gdzie wielu z nich odbywało studja lekarskie, korzystali z pism i dzieł rosyjskich, aby wiedzę swą pogłębiać i w sztuce lekarskiej się doskonalić. Przyczyniła się do tego głównie taniość książki rosyjskiej i wielka obfitość przekładów na język rosyjski obcych prac lekarskich (zwłaszcza niemieckich). Lekarze-polacy, uczyli się z podręczników rosyjskich, zwłaszcza zaś czytywali pismo „Wracz“, bardzo w Rosji wówczas rozpowszechnione, które dla wielu z nich stało się alfą i omegą wiadomości lekarskich. Powróciwszy do kraju, lekarze ci w dalszym ciągu prenumerowali „Wracza“, do którego się w Rosji przyzwyczaili, studenci zaś warszawscy, którzy słuchali wykładów w języku rosyjskim i zdawali egzamina w tymże języku, musieli uczyć się z podręczników rosyjskich.

To ciągłe obcowanie wielu lekarzy polskich z żywą mową niemiecką lub rosyjską, to ciągłe zaglądanie do książek niemieckich lub rosyjskich musiało wpłynąć ujemnie na ich własną mowę, na ich język zarówno potoczny, jak i naukowy. Powoli przesiąkać zaczęły do mowy naszej wyrazy i miana obce, zaczęto układać całe zdania według szyku lub składni niemieckiej lub rosyjskiej, często nawet żywcem tłómaczyć całe zdania nie-

mieckie lub rosyjskie na polskie. Ta obca inwazja przyczyniła się znacznie do zubożenia naszego języka naukowego i zeszpecenia naszego piśmiennictwa lekarskiego, czyniąc z oryginalnych prac polskich raczej kiepskie tłómaczenia z języków obcych.

Jednem z najżywotniejszych zadań każdego z nas — jakeśmy to już wyżej zaznaczyli — powinno być dążenie do zatarcia strasznych dowodów naszej niewoli. Język naszych pism i dzieł lekarskich powinien stać się nawskroś polskim i powrócić do dawnej swej czystości i poprawności.

Kierując się tem hasłem, podjąłem już dawniej pracę nad poprawą języka w drukach lekarskich. Tuż przed wojną wszechświatową rozpocząłem w Gazecie Lekarskiej w r. 1913 i 1914 druk notatek językowych i terminologicznych, w których zwracałem uwagę piszących lekarzy na niektóre błędy językowe w pismach i dziełach lekarskich. Po wojnie zaś, zachęcony przez Szanownego Redaktora kwartalnika „Ginekologja Polska", podjąłem w r. 1924 dalszą pracę nad poprawą języka w drukach lekarskich w dziale „notatek językowych i terminologicznych".

Obecnie, powodowany również chęcią przysłużenia się sprawie ojczystej, podejmuję raz jeszcze pracę tę w Polskiej Gazecie Lekarskiej, czerpiąc zachętę w życzliwem poparciu usiłowań moich przez Szanownych Redaktorów pisma na zebraniu, zwołanem przez nich do Warszawy, celem naradzenia się nad środkami i sposobami współdziałania ku poprawie i podniesieniu wartości pisma pod względem naukowym i literackim. Na posiedzeniu tem po odczytaniu referatu o błędach językowych, dostrzeżonych w dwu rocznikach P. G. L., wywiązała się dyskusja, której wynikiem było postanowienie opublikowania mego referatu w Gazecie.

Już naprzód zastrzegam się, że nie jest zamiarem tej pracy krytykowanie lub, co gorsza, naigrawanie się z cudzych błędów lub usterek językowych. Daleki jestem od tego, jak daleki jestem od zarozumiałości, że błędów w mowie i piśmie nie popełniam. Grzeszę jak inni i sam, niestety, jestem pełen winy. Dlategoteż pomijam tu zupełnie przytaczanie źródeł, z których zaczerpnąłem przykłady błędów i usterek językowych, zaręczam jedynie, że przytoczone tu zdania i wyrazy są autentyczne.

W niniejszym wykładzie o błędach językowych trzymać się będę układu prof. A. A. Kryńskiego w jego doskonałej pracy p. t. „Jak nie należy mówić i pisać po polsku".

Błędy, popełniane tak często w polskich pismach i dziełach lekarskich, dotyczą zarówno składni, jak i stylu, zarówno słowotwórstwa, jak i terminologji. Wspomnimy tylko o tych, które zauważyliśmy w kilku dziełach i w kilku rocznikach czasopism lekarskich, wziętych bez wyboru do przejrzenia. Rozumie się też, że na każdy z licznych błędów mogę tu przytoczyć zaledwie część tylko przykładów, które wynotowałem, sądzę jednak, że i tych wystarczy, aby przekonać czytelników o tem, jak błędnie wyrażamy się i piszemy po polsku.

1. O niewłaściwem umieszczaniu orzeczenia w zdaniu przed podmiotem.

W polskiej mowie razi stylizacja zdania, w którem orzeczenie wysunięto naprzód, a dopiero po niem umieszczono podmiot. Z błędem tym spotkać się można dość często w pismach i dziełach lekarskich, np.:

„Tak u mężczyzn, jak i u kobiet *jest* zależność postaci chorobowej od wieku widocznie zaznaczona" (zamiast: Tak u mężczyzn, jak i u kobiet jest zaznaczona zależność postaci chorobowej od wieku).

„Jeśli zaistnieje (!) ogólne podrażnienie pewnego wegetatywnego (!) poddziału *jest* odczyn poszczególnych narządów wypadkową nastroju ogólnego i miejscowego" (zamiast: Jeśli zjawia się ogólne podrażnienie pewnego poddziału wegetacyjnego, to odczyn poszczególnych narządów jest wypadkową nastroju ogólnego i miejscowego).

„I tak *wynosi* górna granica wieku przewlekłych schorzeń nerkowych z udziałem nefroz przeciętnie ..... 25 lat" (zamiast: I tak górna granica wieku dla przewlekłych schorzeń nerkowych z udziałem nefroz wynosi przeciętnie ..... 25 lat).

„Zdaniem Spinnera *może być* w tym razie rola mężczyzny trojaka" (zamiast: Zdaniem Spinnera rola mężczyzny w tym razie może być trojaka).

„I podług naszego doświadczenia *reagują* świeże przypadki lepiej jak (!) chroniczne" (zamiast: I podług naszego doświadczenia świeże przypadki reagują lepiej niż chroniczne).

„Związana ściśle z właściwościami geograficznemi i geologicznemi kraju, ze sposobem życia jego mieszkańców, z ich stanem oświaty i zamożności, a z drugiej strony dająca godziwą pracę wielkiej rzeszy lekarzy i przedsiębiorców, a znaczne dochody podatkowe Państwu — *jest* terapja klimatyczna i wodolecznictwo nauką, której z obcych podręczników czerpać nie można pod grozą nietylko pewnej duchowej, ale i materjalnej niewoli" (zamiast: Terapja klimatyczna i wodolecznictwo, związane ściśle z właściwościami geograficznemi i geologicznemi kraju, ze sposobem życia jego mieszkańców, z ich stanem oświaty i zamożności, a z drugiej strony jako dające godziwą pracę wielkiej rzeszy lekarzy i przedsiębiorców, znaczne zaś dochody podatkowe Państwu — są nauką, której z obcych podręczników czerpać nie można pod grozą pewnej niewoli, nie tylko duchowej, ale i materjalnej).

„Zdaniem jej (Hotzówny) *jest* nabłonek pępowiny, w pobliżu płodu leżący, pokryty 3—4 warstwami nabłonka płaskiego" (zamiast: Zdaniem jej, nabłonek pępowiny, leżący w pobliżu płodu, jest pokryty 3-ma — 4-ma warstwami nabłonka płaskiego).

„W przedstawionej tutaj postaci, to jest spostrzegany na zasadzie wyglądu grubej kropli, *może odczyn* być użyty jako pomoc rozpoznawcza przy takich wątpliwościach djagnostycznych, jak kamica .... czy zapalenie otrzewnej ...." (zamiast: Odczyn w przedstawionej tutaj postaci, to jest spostrzegany na zasadzie wyglądu grubej kropli, może być użyty jako pomoc rozpoznawcza w takich wątpliwościach diagnostycznych, jak kamica .... czy zapalenie otrzewnej ....).

„Aby ułatwić badanie rozwoju człowieka *dzielą autorowie* cały czas wzrostu na pewne okresy" (zamiast: Autorowie celem ułatwienia badania rozwoju człowieka dzielą cały czas wzrostu na pewne okresy).

„Zwykle *jest* wyniosłość ta wywołana przez napełniony pęcherz moczowy" (zamiast: Zwykle wyniosłość ta jest wywołana przez napełniony pęcherz moczowy).

„Dzięki temu też *jest* skrwawienie się dziecka z przerwanej pępowiny rzadkie" (zamiast: Dzięki temu skrwawienie się dziecka z przerwanej pępowiny jest rzadkie).

2. O niewłaściwem umieszczaniu orzeczenia na końcu zdania.

W języku polskim orzeczenie stoi zwykle w zdaniu na miejscu drugiem, po podmiocie, w niemieckim zaś na końcu zdania. Wskutek wpływu piśmiennictwa niemieckiego i u nas bardzo często słyszy się zdania, zbudowane na wzór zdań niemieckich z orzeczeniem na końcu. Oto przykłady błędu tego z pism lekarskich:

„Nasz instrument się w takim przypadku z osią płodu pod kątem mniej lub więcej ostrym *krzyżować musi*" (zamiast: Nasz instrument musi się w takim przypadku krzyżować z osią płodu pod kątem mniej lub więcej ostrym).

„Że jednak mimo świetnych terapeutycznych wyników, powszechnie znajdujących uznanie, zdarza się, iż operacja, wśród najpomyślniejszych warunków wykonana, czasowym albo tylko miejscowym *poszczycić się może rezultatem*, a nie zapobiega nawrotom, a nawet następczo ciężkie ogólne sprowadza schorzenie, *zaprzeczyć nie można*" (zamiast. Jednak zaprzeczyć nie można, że zdarza się, mimo świetnych wyników terapeutycznych, znajdujących powszechne uznanie, iż operacja, wykonana wśród najpomyślniejszych warunków, poszczycić się może wynikiem czasowym albo tylko miejscowym, nie zapobiega zaś nawrotom, a nawet następczo sprowadza ciężkie schorzenia ogólne).

„I w grubej kiszce chorobowe zmiany częściej w dolnej, niż w górnej części *powstają*" (zamiast: I w kiszce grubej zmiany chorobowe częściej powstają w części dolnej, niż w górnej).

3. O błędnem umieszczaniu określenia przymiotnikowego przed rzeczownikiem.

W języku polskim cechy stałe, istotne przedmiotu (rzeczownika) określa przymiotnik, stawiany na drugiem miejscu za rzeczownikiem, cechy zaś przypadkowe, czasowe przedmiotu określa przymiotnik, stawiany przed rzeczownikiem. Nasi pisarze lekarscy nie przestrzegają należycie tego prawidła i bez odróżniania rodzaju cech, określających dany przedmiot, stawiają często przymiotnik przed rzeczownikiem, wzorując się na języku niemieckim lub rosyjskim. Przykładów tego błędu możnaby wyliczyć bardzo wiele, ograniczyć się jednak trzeba do kilku:

„Należą tutaj: posocznica, wszystkie ropne i ostre *zapalne sprawy* o mniejszej rozległości" (zamiast: należą tutaj: posocznica, wszystkie ropne i ostre sprawy zapalne o mniejszej rozległości).

„Opisywał faunę i florę, notował spostrzeżenia swoje antropologicznej, a nawet społecznej i politycznej natury" (zamiast: Opisywał faunę i florę, notował spostrzeżenia swoje natury antropologicznej, a nawet społecznej i politycznej).

„Pewna część *otyłych kobiet* wykazuje nadwrażliwość uciskową skóry *histerycznego pochodzenia*" (zamiast: Pewna część kobiet otyłych wykazuje nadwrażliwość skóry pochodzenia histerycznego).

„Wątpliwości rozpoznawcze nastręczy natomiast grupa *poronnej* postaci" (zamiast: ..... grupa postaci poronnej).

„Przy (!) niedomykalności *dwudzielnej zastawki* ciąża przechodzi naogół dobrze" (zamiast: W niedomykalności zastawki dwudzielnej ciąża przechodzi naogół dobrze).

„Jedynie komórka dojrzała, znajdująca się w stanie spoczynku, wymaga dla wzrostu *funkcjonalnego bodźca*" (zamiast: Jedynie komórka dojrzała ..... wymaga do wzrostu bodźca funkcjonalnego).

„*Naukowe badania* rozpoczął w Pradze w najrozmaitszych działach *naturalnej historji* i medycyny" (zamiast: Badania naukowe rozpoczął w Pradze w najrozmaitszych działach historji naturalnej i medycyny).

„Gruczoły te głównie stanowią o osobowości, o gatunku zwierzęcym, nadając mu *swoiste cechy*" (zamiast: .... nadając mu cechy swoiste).

„Przedstawiciele obu płci rozwijają się z jednej ogólnej *bezpłciowej postaci*" (zamiast: Przedstawiciele obu płci rozwijają się z jednej ogólnej postaci bezpłciowej).

„Widocznem (!) jest, iż zebrawszy wspomniane wyniki, natknęliśmy się na *biologiczne prawidło*" (zamiast: Widocznie, zebrawszy wspomniane wyniki, natknęliśmy się na prawidło biologiczne).

„Badania komórek embrjologicznego typu" (zamiast: Badania komórek typu embrjologicznego).

„Zjawiska, powstające pod wpływem *wewnętrznej sekrecji*, są identyczne u rozmaitych jestestw" (zamiast: Zjawiska, powstające pod wpływem sekrecji wewnętrznej, są identyczne u rozmaitych jestestw).

„Zarówno duża grasica, jak i dobrze rozwinięta tkanka limfatyczna nie przedstawiają p a t o l o g i c z n e g o s t a n u" (zamiast: ...... nie przedstawiają stanu patologicznego).

4. O nadużywaniu przyimka „dla".

Wbrew naturze składni polskiej, wymagającej, aby dopełniacz rzeczownika, określającego przeznaczenie instytucji lub działalność osoby, stał bezpośrednio za tym rzeczownikiem, w b. Galicji wkładało się między rzeczownik a dopełnienie, naśladując wzory niemieckie, przyimek d l a, odpowiadający niemieckiemu „für". Błąd ten, niestety, powoli przesiąkał do b. zaboru rosyjskiego, tem bardziej, że i tutaj znajdował się obcy wzór do naśladowania w importowanem z Rosji „dlja". Czytaliśmy więc w dziennikach galicyjskich: „Towarzystwo dla popierania nauki polskiej", „Namiestnik dla Galicji", a w Kongresówce: „Kasa przezorności i pracy dla literatów i dziennikarzy", „Schronienie dla nauczycielek", „Dom dla starców starozakonnych".

Z błędem tym spotykamy się i w pismach lekarskich np.:

„Pracuje w Krajowym Zakładzie *dla* psychicznie chorych w Kulparkowie" (zamiast: Pracuje w Krajowym Zakładzie psychicznie chorych w Kulparkowie).

„W tym celu przy Naczelnej Izbie Lekarskiej winna być zorganizowana stała komisja *dla* spraw ustawodawczych" (zamiast: ..... komisja spraw ustawodawczych).

„Z okazji unieważnienia ustawy tej (ustawy o zabezpieczeniu) do parlamentu wystosował w dniu 3. I. 1910 Zarząd ówczesnego Knappschaftsvereinu memorjał do ministerstwa *dla* handlu i przemysłu w Berlinie" (zamiast: Z okazji wniesienia ustawy tej do parlamentu Zarząd ówczesnego Knappschaftsvereinu wystosował w dniu 3. I. 1910 memorjał do ministerstwa handlu i przemysłu w Berlinie).

„Ze szpitala *dla* psychicznie chorych w Tworkach" (zamiast: Ze szpitala psychicznie chorych w Tworkach).

„Na oddziale *dla* umysłowo chorych w Krakowie" (zamiast: Na oddziale umysłowo chorych w Krakowie).

Z przyimkiem *dla* bywają i inne nadużycia, np. posługujemy się nim często w tych razach, kiedy poprawnie należałoby użyć zamiast niego przyimków i spójników: do, na, z, aby, alboteż zupełnie go opuścić. Oto przykłady z pism i dzieł lekarskich:

„Wyjeżdżał (Jaworski) do Karlsbadu *dla* praktyki lekarskiej" (zamiast: Wyjeżdżał do Karlsbadu na praktykę lekarską).

„Jest zmuszony wyjechać *dla* leczenia się do Davos" (zamiast: Jest zmuszony wyjechać do Davos, aby się leczyć).

„Wydział Opieki nad Dziećmi i Młodzieżą ..... zgłosił wniosek powołania do życia stałej centralnej komisji *dla* walki z jaglicą ....oraz stworzenia podstaw prawnych *dla* całokształtu pracy. Wnioski te przekazano *dla* dalszych kompetentnych zarządzeń Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia" (zamiast: Wydział Opieki nad Dziećmi i Młodzieżą ...... zgłosił wniosek powołania do życia stałej komisji centralnej do walki z jaglicą .... oraz stworzenia podstaw prawnych całokształtu pracy. Wnioski te przekazano do dalszych zarządzeń kompetentnych Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia).

„Z całym naciskiem zaznaczamy przytem, *dla* uniknięcia nieporozumień, że nie mamy wcale zamiaru .... zmniejszać powagi tych zrzeszeń prywatnych" (zamiast: Z całym naciskiem zaznaczamy przytem, aby uniknąć nieporozumień, że nie mamy wcale zamiaru i t. d.).

Dok. nast.

OCENY.

Prof. Ch. J o y e u x: *Précis de Médicine Coloniale.* T. I. 825 str. 139 rycin. — Masson Paryż 1927.

Podręcznik ten przeznaczony dla lekarzy kolonialnych, może mieć w pewnych razach doniosłe znaczenie dla naszych lekarzy okrętowych i w kraju jeżeli chodzi o zawleczone choroby przez reemigrantów.

Dzięki empirycznemu podziałowi podręcznika na 3 części: schorzenia narządów, schorzenia gorączkowe i schorzenia ogólne, oraz łatwej formie przedstawienia poszczególnych schorzeń — podręcznik czyta się z dużą przyjemnością. Omawiając schorzenia autor podaje stale i definicję historyczną, strefy geograficznego rozmieszczenia schorzenia, przyczyny usposobiające, dane tyczące morfologji zarazków, objawy schorzenia, przebieg i powikłania, przyczynę choroby, anatomię patologiczną, rozpoznanie, rokowanie, sposób leczenia i zapobiegania.

Każdy z działów medycyny odnajdzie tu ciekawe dane, dotyczące chorób kosmopolitycznych, a już najwięcej dermatolog (152 str.), epidemjolog i higienista.

Dr. Stanisław Ostrowski.

Fr. G i e d r o y ć: *Służba Zdrowia w dawnem Wojsku Polskiem.* Nakładem Ministerstwa Spraw Wojskowych. Departament Sanitarny. Warszawa. 1927. str. 549.

Z e m b r z u s k i Ludwik płk. Dr. dyrektor nauk Oficerskiej Szkoły Sanitarnej w Warszawie: *Złota Księga Korpusu Sanitarnego Polskiego 1797—1918.*

Le Livre d'Or du Service de Santé Polonais 1797 1918. Nakładem Ministerstwa Spraw Wojskowych. Departament Sanitarny. Warszawa 1927. str. 196 z licznemi portretami.

Dwa powyższe dzieła, oba wydane nakładem Ministerstwa Spraw Wojskowych, przyczyniły się znakomicie do powiększenia naukowej świetności ostatniego Międzynarodowego Zjazdu Medycyny i Farmacji Wojskowej, jaki się odbył niedawno w Warszawie. Prof. Giedroyć, niestrudzony, a zawsze tak skromny badacz dziejów ojczystych, ogłosił wielkie dzieło, zawierające olbrzymią ilość przeważnie zupełnie nieznanych materjałów z historji polskiej medycyny wojskowej. Dzieło składa się z następujących rozdziałów: I. Z dziejów organizacji. II. W służbie pod sztandarami. III. Na pobojowisku. IV. Szpitale. V. Apteki. VI. Inwalidzi. VII. Personel lekarski. Każdy z rozdziałów zaopatrzony jest w niezliczone drobiazgowe przypisy i cytaty. Prócz tego blisko 200 stron na końcu zajmują wywody personelu lekarskiego, prawdziwa skarbnica materjałów biograficznych do dziejów medycyny w Polsce. Dzieło Giedroycia jest dziełem fundamentalnem, na którem będą musiały się oprzeć wszelkie dalsze badania zarówno w zakresie dziejów polskiej medycyny wojskowej, jak też i w zakresie wogóle dziejów polskiej medycyny. Przynosi ono prawdziwy zaszczyt polskiej historjografji medycznej, zwłaszcza, że i w literaturze wszechświatowej podobnych dzieł mamy nie wiele.

Inny charakter ma złota księga opracowana przez płk. dra Zembrzuskiego w języku polskim i francuskim. Jest to zbiór krótkich wiadomości biograficznych o lekarzach, chirurgach, studentach medycyny, farmaceutach i sanitarjuszach, którzy brali udział w walkach o niepodległość po upadku Polski aż do r. 1918. Niemało ich poległo na polu chwały, wielu zmarło w walce z chorobami zakaźnemi, wielu też było rannych, wziętych do niewoli, więzionych, skazanych na wygnanie i do ciężkich robót, pozbawionych mienia, prześladowanych, męczonych i straconych. Dzieło Zembrzuskiego ładnie wydane zaopatrzone w liczne portrety, jest pięknym hołdem odrodzonej Ojczyzny dla ich patrjotyzmu, męstwa i ofiarności, hołdem złożonym w obecności delegatów czterdziestu kilku państw świata. Tem samem hołd wypadł nie-

raz jako oskarżenie państw zaborczych, wytoczone przed forum międzynarodowem, oskarżenie aż nadto zasłużone.

Nie można było lepiej się wywiązać z zadania jakie płk. Zembrzuski sobie nakreślił. Złota księga nie mogła wypaść lepiej. A zasługi autora są tem większe — nie jest to wcale tajemnica — że płk. Zembrzuski walnie się przyczynił swoją powagą i wpływami także do wydania dzieła prof. Giedroycia z funduszów wojskowych. Tym sposobem naukowa świetność Zjazdu z tej strony jest w znacznej części jego zasługą.

Władysław Szumowski.

B. Borchewsky: *Patologja oraz sposoby badania płynu mózgo-rdzeniowego.* Paryż. Masson et Cie str. 55.

Badania płynu mózgo-rdzeniowego w ostatnich dziesiątkach lat wysunęły się na czołowe miejsce w diagnostyce chorób nerwowych. W czasach dzisiejszych posługuje się tą metodą już nie tylko neurolog lecz także i syfilidolog. One to poprawiają cennie i skutecznie obraz kliniczny, a nierzadko przełomowo rozstrzygają nawet w niepewnych sytuacjach rozpoznania klinicznego.

Dopiero niedawno stosunkowo zwrócono baczniejszą uwagę na badania płynu m.-rdzeniowego, powodując prawie równocześnie powstanie obszernego piśmiennictwa zwłaszcza w języku francuskim i niemieckim. Prócz licznych prac w bieżących pismach medycznych pojawia się szereg monografij, uwzględniających powyższy temat jak np. Sicard'a (1903). Miliana (1904) Mestrezat (1912), Plaut, Rehm, Schottmüller'a (1913), Esküchen'a (1919), Martin Pappenheim'a (1922), Greenfield'a (1925) i Kaffk'a (1926). Większe nowoczesne podręczniki neurologji uwzględniają przeważnie ten dział dość pobieżnie i z tego względu ukazanie sie jeszcze jednej rozprawy, omawiającej wyłącznie najrozmaitsze metody badania płynu m.-rdzeniowego stosowane w ostatnich 15 latach w pracowni szpitala Paryskiego powitać należy z całym uznaniem.

Krytyczne stanowisko autora w ocenie i syntezie dotychczasowych metod podzieli niewątpliwie każdy, kto zechce skorzystać w praktyce z wyników jego pracy.

W. Janusz (Kulparków).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Klinika oczna, Rok 5, zeszyt II. z 15 czerwca 1927: J. Szymański: Pół. Elliot w operacji jaskry. — K. Noiszewski Mrużenie jako akomodacja dla dali. — J. Abramowicz: Badanie dna oka w półcieniu. — J. Drak: Przypadek śródbloniaka marszczki półksiężycowej. — A. Zamenhof: O cieniach czerwonych na dnie oka. — J. Grzędzielski: O oderwaniu błony Descemeta przy cyklodjalizie. — W. Arkin: Powikłania oczne po zastrzyknięciu wyskoku do zwoju Gassera. — M. Karbowski: Izolowany niedowład zwieracza. — A. Wieczorek: 5-cio dniowy pobyt ciała obcego w oczodole dziecka. — J. Schweig: O leczeniu zwężeń przewodu nosołzowego sposobem Poularda. — J. Szymański: Wrażenia z klinik: Rumuńskiej, Bułgarskiej, Tureckiej, Greckiej, Sycylijskiej, Algierskiej, Tuniskiej.

Archiwum historji i filozofji medycyny, oraz historji nauk przyrodniczych, Tom VI, zeszyt II. z r. 1927: W. Szumowski: Sprawa Sebastjana Patrycego z Akademją Jagiellońską. — H. Nussbaum: Udział Wydziału lekarskiego Szkoły Głównej Warszawskiej w ogólnej twórczości naukowej. — W. H. Melanowski: Krótki rys historji okulistyki. — E. Loth: Czy ongi w gimnazjum Toruńskiem była wykładana medycyna? — A. Gałecki: Przyczynek do historji ultramikroskopu. — J. Zawidzki: Przegląd nowszych wydawnictw z dziedziny historji chemji. — S. Trzebiński: Obserwacja, eksperyment i statystyka w „Logice medycyny" Wł. Biegańskiego. — E. z Krzywickich Bończa-Tomaszewska: Wspomnienia o Tytusie Chałubińskim. — R. Wierzbicki: Pamiętniki Wiktora Szokalskiego.

Przegląd dentystyczny, rok VII, Nr. 3, z marca 1927: K. Szapelski: Znieczulenie nerwu szczękowego przez otwór podniebienny większy w świetle obserwacji własnych. — L. Brennejsen: Odcięcie jednego z korzeni trzonowców. — Joffe: W sprawie klasyfikacji i kształtowania ubytków próchniczowych.

Przegląd dentystyczny, rok VII, Nr. 4, z kwietnia 1927: A. Wojciechowski i L. Brennejsen: W sprawie nowotworów szczęki górnej.

Przegląd dentystyczny, rok VII, Nr. 5 z maja 1927: L. Brennejsen: Korony krótkie i ich stosowanie. — J. Wiśniewski: Uzębienie w kile dziedzicznej.

Przegląd ubezpieczeń społecznych, rok II, zeszyt 8, z 1 sierpnia 1927: Rok Przeglądu ubezpieczeń społecznych. — B. Ziemięcki: Ubezpieczenie na wypadek choroby na 10 międzynarodowej konferencji pracy. — St.: Projekty konwencji i zalecenia Międzynarodowego Biura pracy o ubezpieczeniu chorobowem. — Dr. G. C.: Nadzór państwowy nad instytucjami ubezpieczeń społecznych. — Z praktyki kasowej. — D. Buchheim: Zmiana administracji kas chorych.

Polski Czerwony Krzyż, rok III, zesz. 2 z r. 1927: A. Roszkowska: Wszechświatowa działalność Czerwonego Krzyża w r. 1926. — J. M. Lubczyński: Zadania pielęgniarki społecznej z punktu widzenia lekarza higjenisty. — Fr. Białokur: Praca samarytańska i społeczna polskich kobiet w powstaniu styczniowem 1863—1864. — W. Sawczyński: Higjena ogólna i społeczna. — M. Pruszyńska: Życiorys Florenca Nightingale.

Polski Czerwony Krzyż, rok III, Nr. 5, z r. 1927: I. Ogólnosłowiański Zjazd lekarzy. — H. Bridge: Pielęgniarstwo Czerwonego Krzyża z punktu widzenia pielęgniarki. — Fr. Białokur: Praca samarytańska i społeczna polskich kobiet w powstaniu styczniowem 1863—1864. — W. Sawczyński: Higjena osobista i ogólna.

Wiadomości farmaceutyczne, Rok LIV, Nr. 31, z 31 lipca 1927: Sprawozdanie z działalności Państwowego Instytutu farmaceutycznego (c. d.). — Sprawozdania i okólniki władz. — Sprawy zawodowe.

Ginekologja Polska, Tom VI, zeszyt IV—VI, za kwiecień do czerwca 1927: H. Gromadzki: O zawartości drobnoustrojów w macicy połogowej. — K. Wiślański: O powstawaniu raka macicy i rozpoznawczych próbach serologicznych. — B. Grzankowski: Przypadek przewlekłego poporodowego wynicowania macicy, wyleczony tamponowaniem gazą i balonem gumowym. — Z. Bohdanowiczówna i T. Ciosłowski: Odczyn Wassermanna w mleku położnic. — M. Seidler, H. Lenartowski i Grabowski: O wartości przedoperacyjnego naświetlania raka szyjki macicy. — S. Mączewski: W sprawie teorji Sampsona o t. zw. miesiączkowaniu sztucznem. — Z. Endelman: Ciąża i poród u obojnaka. — Z. Tyszkówna: Przypadek przewlekłego zapalenia przewodu przycewkowego z nadmiernem jego rozszerzeniem. — D. Thursz: O nowym prostym sposobie ratowania noworodków od pozornej śmierci.

Archiwum historji i filozofji medycyny, oraz historji nauk przyrodniczych, Tom VI, zeszyt I, z r. 1927: A. Bednarski: Historja okularów w Polsce. — Z. Klukowski: Sprawa o szerzeniu dżumy w Lublinie w r. 1711. — S. Trzebiński: Feliks Rymkiewicz jako profesor propedeutyki lekarskiej w Akademji Wileńskiej. — W. H. Melanowski: Krótki rys historji okulistyki. — J. Zawidzki: O zasługach naukowych prof. Józefa Jerzego Boguckiego. — L. Fleck: O niektórych swoistych cechach myślenia lekarskiego. — A. Wrzosek: Fryderyk Skobel. Stan katedry patologji i terapji ogólnej, tudzież farmakognozji i farmakologji w Uniwersytecie Jagiell. w r. 1868. — R. Wierzbicki: Pamiętniki Wiktora Szokalskiego, Rozdział IX. — A. Wrzosek: Listy Bernarda Langenbecka i Jakóba Henlego do Józefa Dietla.

Polska dentystyka, Rok V, Nr. 4. za lipiec i sierpień 1927: A. Cieszyński: Leczenie promieniami Roentgena w dentystyce. — J. Świtała: Polska ustawa o wykonywaniu praktyki dentystycznej. — Ustawa o wykonywaniu praktyki dentystycznej.

Lekarz Kasy chorych, Rok III, Nr. 21, z lipca 1927: Wolny wybór lekarza w Kasach chorych (dok.). — Umowa zawarta między Związkiem lekarzy Zachodniej Polski Tow. zap. (Okręg Związku P. P.) a Kasą chorych miasta Poznania. — Z Kasy chorych m. st. Warszawy.

Zdrowie, Rok XLII, Nr. 8, z sierpnia 1927: Inż. K. Saski: Działalność państwowa dla zwalczania klęski mieszkaniowej. — Inż. Z. Rudolf: Obecne zadania organów służby zdrowia w sprawie mieszkaniowej. — A. Krysiński: O organizacji sanitarnej samorządów. — J. Dewiczówna: Pielęgniarka w służbie zdrowia publicznego w Samorządzie. — K. Ryder: Organizacja służby zdrowia w pow. Będzińskim. — Przebieg i uchwały V. Zjazdu higjenistów Polskich w Poznaniu.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy, Rok XVI, Nr. 7, z 1 sierpnia 1927: J. Mayer: O kulturę zdrojowisk.

Wiadomości farmaceutyczne, Rok LIV, Nr. 32, z 7 sierpnia 1927: Sprawozdanie z Państwowego Instytutu farmaceutycznego za rok 1926 (c. d.). — Określenie grup krwi i ich znaczenie. — Nowe leki. — Przyczynek do dziejów aptek Wileńskich.

Nowiny Społeczno-lekarskie, Rok I, zeszyt 9—10: R. Konkiewicz: Liga narodów o ubezpieczeniu na wypadek choroby. — S. Świątecki: Nasze zebrania. — J. Bajoński: Jak długo wolno lekarzowi kasowemu pozostać przy rodzącej? — S. Hryniewiecki: Czy nie zadaleko posuwamy się w ograniczaniu praw kolegów uchwałami naszych zebrań?

Warszawskie Czasopismo lekarskie, Rok IV, Nr. 11, z 31 lipca 1927: E. Herman: Fizjologja przysadki mózgowej oraz dna III komory (c. d.). — O. Bujwid: Historja metody Pasteura i jej stosowanie obecne. — G. Lewin i J. Fliederbaum: O leczeniu zgorzeli i ropni płuc. — W. Głowacka: Prace Levaditiego i jego uczniów nad zarazkiem wścieklizny (streszcz. zbior.). — L. Jelenkiewicz: Współczesny stan leczenia wewnętrznego kamicy żółciowej. — L. Zamenhof: Na marginesie sprawy Wojnowskiego. — M. Kacprzak: Zdrowie Warszawy w okresie powojennym (dok.).

Przegląd dentystyczny, Rok VII, Nr. 7, za lipiec 1927: Al. Gruszczyński: Śp. Doktor Leonard Leszczyński. — Cz. Skotlewski: Klamry sprężyste przy dostawkach kauczukowych i metalowych. — Dział streszczeń.

Lekarz Polski, Rok III, Nr. 8, z 1 sierpnia 1927: W. Marjański: Nadzieje. — Prof. Hilarowicz: W kwestji stosunku członków Naczelnej Izby lekarskiej do Izb, które ich wybrały. — B. Jakimiak: Rozwój, organizacja i stan obecny szpitalnictwa Warszawskiego. — Kieziewicz: Zagadnienia sanitarne na kresach. — St. Czerwiński: Przymusowe szczepienie ochronne przeciw ospie. — Józ. Rothfeld: Kilka słów o orzeczeniach lekarskich.

Medycyna w monografjach, wykładach i poglądowych pracach naukowych, Rok I, zeszyt II—VI, Poznań 1927: L. Korczyński: Choroba Brighta, dla użytku lekarzy i uczniów.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy, Rok XVI, Nr. 6. z 15 lipca 1927: Z. Pelczar: Stulecie Truskawca. — L. Korczyński: Radioczynne wody lecznicze i radjoterapja w uzdrowiskach.

Higjena ciała i sport. Rok III, Nr. 22, za lipiec i sierpień 1927: W. Janusz: Kremacja czyli pogrzebowe spalanie zwłok oraz obecny ich stan na zachodzie. — F. Ks. Cieszyński: Higjena noworodka i niemowlęcia. — K. Ryder: O wściekliźnie. — Serovac, Lwów: Tępienie szczura systemem ratynowym. — B. Ziemilski: O „autyzmie" w życiu codziennem. — J. Fraenklowa: O chorobach zawodowych. — J. Rothfeld: Brak apetytu dzieci szkolnych. — L. Węgrzynowski: Walka z gruźlicą, a Kasa chorych m. Lwowa. — P. Jarocki: Organizacja walki z gruźlicą w powiecie Sokalskim. — S. Mokrzycki: Z cyklu „Narkotyki". Haszysz. — J. Bajsarowicz: Homeopatja. — Cz. Rębowski: Szkolenie instruktorów sportowych w Polsce. — A. Sałamańczuk: Idealny wszechstronny sport. — S. Kostrzewski i A. Kalinowski: Zadyszka i jak jej uniknąć.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo amerykańskie.

Surgery, Gynecology and obstetrics.

1927. XLIV/2.

St. Bunnel: *Chirurgja nerwów ręki.*

E. Graham: *Obecny stan cholecystografji i uwagi nad mechanizmem opróżniania się woreczka żółciowego.* Cholecystografja istnieje od 3 lat. Ma ona jeszcze wiele wad, które mogą być przez ścisłość badań dość szybko usunięte. Ponieważ substancja kontrastowa do cholecystografji musi być wydzielona przez wątrobę do żółci, z którą przechodzi do woreczka żółciowego i ulega zagęszczeniu, najsilniejszy cień winniśmy otrzymać w prawidłowych warunkach. W przypadku zaś zatkania przewodu pęch., przy braku zdolności zagęszczania substancji przez woreczek, niemożności wydzielenia jej przez wątrobę itd. będzie cień słabszy a nawet może brakować. To samo może mieć miejsce przy obfitem wydzielaniu się żółci, np. gdy żołądek i jelita są wypełnione pokarmem.

Z tego wynika, że cholecystografja jest raczej stwierdzaniem czynności woreczka żółciowego, niż wykazywaniem jego stanów patologicznych.

Zdaniem Gr. nie należy odnosić braku cienia do chwilowego skurczu przewodu pęcherzykowego.

Za pomocą cholecystografji można już dzisiaj wykazywać nie tylko poważniejsze zmiany woreczka, jak zrosty, kamienie i inne nieprawidłowości, ale również można otrzymać z szybkości zagęszczania a następnie rozrzedzania wydzielonej do pęcherzyka substancji bardzo ważne dane co do stopnia zapalenia błony śluzowej woreczka *(cholecystitis).*

Z cyfr podanych przez Gr. wynika, że na 1246 pacjentów badanych za pomocą cholecystografji oglądano woreczek bezpośrednio przy zabiegu (i usunięto) w 149 przypadkach. Z tego w 143 (97.28%) było rozpoznanie kliniczne dobre.

Porównując i sumując wyniki innych autorów ustala Gr. następujące cyfry poprawnego rozpoznania klinicznego za pomocą cholecystografji:

% dodatniego rozpoznania w 446 ogłoszonych dotychczas przypadkach z patolog. zmianami w woreczku wynosi 97.8%,

w 115 zaś dotychczas ogłoszonych wypadła cholecystografja dodatnio w 74%,

% dodatniego rozpoznania w 380 badanych przypadkach
przez dożylne podanie środka wynosi 95%,
przez doustne podanie tegoż 89%.

Z używanych dotychczas substancji do prześwietlania woreczka prawie wszystkie ustępują miejsca coraz to nowszym, mniej trującym.

Na podstawie swego doświadczenia twierdzi Graham, że reakcja po:
dożylnem podaniu tetrajodfenolftaleiny występuje w 35%,
doustnem zaś w 50%,
dożylnem podaniu tetrachlorfenolftaleiny w 66.6%,
doustnem zaś w 67%.

Objawy tej reakcji są następujące: duszność, ból głowy, nudności, wymioty, poty, biegunka, ból w krzyżach itd.

Zapalenie żył nie powinno wystąpić, jeżeli się po ukończonem wstrzyknięciu barwika żyłę przepłucze fizjologicznym rozczynem soli.

Nie należy podawać wspomnianych substancyj pacjentom z ciężkiemi zmianami w sercu lub nerkach.

W końcu roztwór winien być zawsze świeżo sporządzany, bezwzględnie jałowo, a podawany w dwu dawkach w ciągu pół godziny.

Co do mechanizmu opróżniania się woreczka, to autor twierdzi w zgodności z dawnemi zapatrywaniami, że woreczek opróżnia się dzięki napływowi żółci z wątroby przez elastyczny lub skurczowy mechanizm jego ścian i przez różnicę ciśnienia śródbrzusznego.

H. Kretschner: *Prawdziwe kamienie gruczołu krokowego.* Ogólne zdanie jest, że wymienione kamienie są sprawą rzadką: autor jednak twierdzi, na podstawie swych, bardzo ścisłych obserwacji, że tak nie jest. Dodaje, że mogą one nie dawać żadnych objawów.

St. Judd: *Dobrotliwe gruczolaki nerki.* Opis przypadku.

W. Bump: *Epithelioma adamantin.* Opis dwu przypadków:

1) Lity guz prawej górnej szczęki u 58-letniego mężczyzny, w następstwie ropnia. Wzrastał przez 8 lat, nawrót nastąpił w trzy lata po zabiegu.

2) Zakażony guz w żuchwie po stronie lewej u kobiety 25-letniej po usunięciu zęba trzonowego.

J. Davis: *Przeszczepianie skóry.* Autor usiłuje odpowiedzieć na pytanie, jakie są końcowe wyniki stosowania różnym sposobem płatów skórnych. Otóż: w grubych płatach rzadko są ujemne wyniki, jeżeli się płat odpowiednio, bez napięcia ułoży. Jeżeli się naskórek oddzieli, a nawet jeśli utrzyma się tylko warstwa korowa lub jej część, końcowy wynik może być dobry.

Co do płatków Thierscha to przy pierwszym opatrunku wydają się często ulegać martwicy, jednak końcowy wynik pozostaje dobry, nawet jeśli powierzchowna ich warstwa ulega maceracji.

Z powodu zaniku tłuszczu traci płat na grubości, jak również na zdolności przyjęcia się i na przesuwalności.

Bronzowe zabarwienie płatów może wystąpić po wygojeniu mimo stosowania różnych możliwych środków, celem zapobieżenia temu, przy wszystkich rodzajach przeszczepienia.

M. John: *Hyperinsulinismus. Objawy przedawkowania* insuliną są tak podobne do nadtarczyczności, że trudno jest zróżnicować obie sprawy. Jeżeli się podejrzywa u chorego, u którego podawano insulinę, obecność nadtarczyczności, można ją wykluczyć tylko przez badanie krwi.

A. Horner: *Bradytocia.*

M. Peet: *Guzy zwoju Gassera.* Opisano dwa przypadki, w których zwój G. został nacieczony przez raka wychodzącego z otoczenia.

Większość nowotworów zwoju G. nie da się usunąć. Powinno się przynajmniej przeciąć drogi czuciowe, by znieść szalony ból, który stale wywołuje tego rodzaju sprawa.

M. Wesson: *Kliniczne znaczenie powięzi Bucka i Collesa.*

Chirurgja kliniczna.

Horsley: Gastrectomia partialis.
Cornell: Kleszczowy poród.
Hutchins: Przetoka esicy po doszczętnym zabiegu z powodu raka odbytnicy.
Melicow i Gill: Radjograficzne naśladowanie kamieni nerkowych przez brodawczaki skóry.
Seids i Mc. Ginnis: Nowotwory złośliwe tkanki tłuszczowej.
Kirkham: Poprawa mowy przy rozszczepie podniebienia.
Mc. Whorter: Używanie sączków w leczeniu uszkodzonej lub zwężonej cewki mocz.
Duncan i Frost: Przygotowanie i postępowanie w cukrzycy chirurgicznej.
Farr: Modyfikacja zabiegu przy ciężkich przepuklinach pachwinowych.
Head: Nowy aparat do przetaczania krwi.
Daland: Nieleczone raki sutka.

Janik (Lwów).

Piśmiennictwo niemieckie.

Ginekologja.

Archiv f. Gynäkologie.

Tom 129, zeszyt 2.

H. Nevermann (Hamburg): *O dalszym losie kobiet, które przebyły drgawki porodowe.* Przejście drgawek porodowych w przewlekłe zapalenie nerek w ogólności nie przydarza się, chyba bardzo wyjątkowo. Nie można ściśle określić, jakiego rodzaju są zmiany, które często jeszcze dłuższy czas istnieją w nerkach. Prawdopodobnie są to zmiany w kanalikach nerkowych na tle zwyrodnienia. Wzmożenie ciśnienia krwi zależy od zmian w naczyniach lub od zaburzeń w układzie naczynioruchowym.

O. Bokelmann (Berlin): *Zawartość kwasu mlecznego we krwi w ciąży i w czasie porodu.* Z badań autora wynika, że w ciąży zawartość kwasu mlecznego we krwi stale jest zwiększona. W czasie porodu a zwłaszcza w okresie wydalania płodu zwiększenie to dochodzi do znaczniejszych rozmiarów. W miarę trwania ciąży ilość kwasu mlecznego we krwi zwiększa się stopniowo, największa jest w ostatnim miesiącu ciąży. Przyczyny tego zjawiska dopatruje sie autor w zaburzeniu przemiany węglowodanów w czasie ciąży i nie sądzi, aby cukromocz osób ciężarnych był jedynym objawem tego zaburzenia.

O. Bokelmann (Berlin): *Kwas mleczny w zatruciu ciążowem.* U kobiet cierpiących na zatrucie ciążowe zawartość kwasu mlecznego we krwi, w ogólności jest większa w przeciwieństwie do zawartości stwierdzonych w ciąży normalnej. Zawartość ta wyraźnie się zwiększa w okresie tuż przed wystąpieniem drgawek porodowych, a w czasie samych drgawek dochodzi do bardzo wielkich rozmiarów.

To zwiększenie się kwasu mlecznego we krwi kobiet z zatruciem ciążowym powodują podobne czynniki, które wpływają również na zwiększenie wytwarzania acetonu. Są to mianowicie procesy rozkładu i przemiany węglowodanów, które w stanach zatrucia silniej występują aniżeli w normalnej ciąży.

Schiller: *O tworach podobnych do błony śluzowej macicy w przymaciczach.* Autor badał drobnowidowo przymacicza w 200 przypadkach, w których wykonano całkowite wycięcie macicy z powodu raka. W jednym tylko przypadku, w którym równocześnie była torbiel skórzasta jajnika znalazł w przymaciczu tkankę zupełnie podobną co do budowy do błony śluzowej macicy. W drugim przypadku, operowanym nie z powodu raka macicy, w którym istniały obustronne torbiele skórzaste jajników, znalazł podobną tkankę w obu przymaciczach. Zjawisko to tłumaczy autor przemianą śródbłonka naczyń chłonnych, włosowatych i żył w nabłonek podobny do błony śluzowej macicy za pośrednictwem hormonów, a mianowicie w ten sposób, że najpierw tłuszcz wchłaniany z torbieli skórzastej przemienia śródbłonek naczyń chłonnych i krwionośnych w nabłonek wyższy i że następnie pod wpływem dalszego działania hormonów jajników wytwarza się tkanka podobna w budowie do błony śluzowej macicy. W jednym przypadku znów znalazł autor guzek warstwy mięsnej macicy pomiędzy więzadłem okrągłem i przymaciczem. Drobnowidowe badanie tego guzka po porodzie wykazało, że tkanka jego podobna do błony śluzowej macicy nabrała cech błony doczesnej. Przemianę tę tłumaczy autor w ten sposób, że wskutek zastoju (zakrzep) nabłonek naczyń krwionośnych uległ zadrażnieniu i następnie pod wpływem hormonów ciążowych nabrał cech błony śluzowej macicy.

A. Szenes (Wiedeń): *Wrzekome zwichnięcie w stawie kolanowym i zwichnięcie w stawie napiętkowogoleniowym ku tyłowi jako obrażenia porodowe, płodu.* Opis dwóch przypadków kazuistycznych. W przypadku pierwszym w czasie sprowadzania nóżki nastąpiło zluźnienie wewnętrznych więzadeł stawu kolanowego i oddzielenie się nasady kostnej w obwodowej części udowej jakoteż dośrodkowej części kości goleniowej.

W drugim przypadku powstało zwichnięcie nóżki w stawie napiętkowogoleniowym ku tyłowi, przyczem równocześnie oddzieliła się nasada kostna obu kości goleniowych i oderwały się wewnętrzne boczne więzadła stawowe, podczas gdy zewnętrzne więzadła zostały nieuszkodzone (liczne ryciny w tekście).

P. Bohnen: *Ile błony śluzowej macicy ulega wydaleniu w czasie regularności.* Z badań autora, przeprowadzonych na bardzo obfitym materjale zbieranym przez prof. Schrödera w ciągu wielu lat wynika, że w okresie przedmiesiączkowym, względnie przedciążowym, błona śluzowa macicy jest zgrubiała zależnie od indywidualności różnic, wydzielina jej bywa różnie obfita, ale zawsze okazuje charakterystyczne zmiany w gruczołach i w podścielisku, a ponadto zawiera pewną zmienną ilość leukocytów. Nabłonki gruczołów oddzielają się do światła gruczołów raz obficie drugi raz skąpo. Podścielisko jej jest rozpulchnione, obrzękłe i występują liczne objawy rozpadu komórek i jąder. Nasilenie tych objawów jest różne. Najczęściej zmiany te występują w warstwie gąbczastej aż do warstwy podstawowej pod postacią rozszerzenia naczyń i występowania krwinek czerwonych. Warstwa zbita zaznacza się mniej lub więcej wyraźnie i w pewnych przypadkach stwierdzić w niej można występowanie krwinek i rozszerzenie naczyń w różnych rozmiarach. Po tych pierwszych przygotowawczych okresach przychodzi do właściwego oddzielenia, które przedstawia różne typy. U każdej kobiety typ ten jest inny u każdej prawdopodobnie w każdej regularności odmienny. Raz oddziela się głęboko u warstwy podstawowej cała błona śluzowa (miesiączka błoniasta). Jest to postać rzadsza. Częściej oddziela się warstwa zbita z płatami warstwy gąbczastej i to w powierzchownej części tejże warstwy. Obraz ten jest zmienny i kończy się w pierwszych dwóch dniach miesiączki. Pozostaje najczęściej opisywany obraz warstwy podstawowej pokrytej mniej lub więcej rozpadłemi komórkami warstwy gąbczastej, które nie zawsze pozwalają rozpoznać wyraźną budowę tejże warstwy. Te resztki warstwy gąbczastej ulegaja następnie zwolna „komórka za komórką“ wydaleniu aż do warstwy podstawowej. W tym okresie oczyszczania się powierzchni warstwy podstawowej nie można już wykazać we krwi miesiączkowej komórek nabłonkowych, gdyż komórki te po wydaleniu z macicy znajdują się w stanie nienadającym się do badania histologicznego. Interesujące jest ułożenie naczyń krwionośnych, które często pod postacią wysepek wystarczają ponad powierzchnia warstwy podstawowej, najmniejsze resztki strzępków gruczołowych warstwy gąbczastej, jeszcze dłuższy czas można jako takie wyraźnie rozpoznać. Należą one atoli do rzadkości i stanowczo nie odpowiadają obrazowi, który większość autorów uważa za normalny typ oddzielania się błony śluzowej. Dopiero zupełnie oczyszczona powierzchnia warstwy podstawowej zaczyna się pokrywać nabłonkiem.

Na podstawie powyższych badań uważa autor, podobnie jak i Schröder, za czynną część błony śluzowej macicy warstwę gąbczastą i zbitą.

K. B. (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Protokół

Ogólnego, dorocznego, walnego Zebrania członków Towarzystwa Lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego w Sosnowcu w dniu 26 stycznia 1927 r.

Zebranie zagaił o godz. 20 m. 30 przy udziale 38 członków prezes Twa Dr. Kozłowski, proponując na przewodniczącego Dra Lipskiego, co przyjęto przez aklamację, na sekretarza zebrania powołano Kol. Nasiłowskiego.

Pkt. I. Kol. Krogulski odczytał protokół z poprzedniego ogólnego zebrania Twa. Protokół ten przyjęto do wiadomości z zastrzeżeniem, by go uzupełnić w dziale: sprawozdanie sekretarza, za rok 1925 notatką o 2-ch odczytach Kol. Gosiewskiego: „Fizjologja systemu wegetatywnego“ i „Patologja systemu wegetatywnego“.

Obrady poprzedził pokaz chorego przez Kol. Gosiewskiego.

Mężczyzna l. 28 zachorował nagle. Choroba rozpoczęła się od drżenia połowy ciała. Przechodził dur przed kilku laty; służył w wojsku. Był potłuczony w kopalni przed pójściem do wojska.

innych chorób nie przechodził. Żonaty — dwoje dzieci zdrowych; poronień nie było. *Luem negat* — śpiączki nie miał.

Obecnie: Budowa średnia, odżywienie mierne, furczenia i świsty w oskrzelach grubych, serce powiększone w wymiarze poprzecznym, tętno waha się od 100—140, tony głuche, 2 nad aortą akcentowany. Jama brzuszna niebolesna; wątroba nie powiększona, śledziona nie macalna, częste czyszczenia. Wybitne drżenia kloniczne równoczesne ręki prawej i nóg. Skóra sucha, dermografja.

Struma miękka, dość duża, bolesna po stronie lewej. Lekki Graefe dodatni, objaw szarpnięcia okiem dodatni.

Exophtalmus niema. Odruchy wzmożone; patologicznych niema. Hiperaesthezji niema. Obraz krwi: Ilość Hb. 90.

Ilość leukocytów 8600.

Wzór leukocytów:

Limphocytów 35%.

Leukocytów 50%.

Mononuclearów i przejściowych 15%.

Szybkość krzepnięcia krwi zwiększona.

W moczu: białka — niema, cukru — niema.

Drżenie wyraźne kloniczne, zmniejszające się podczas leżenia w łóżku, zwiększające się wskutek emocji, równomierne, drobne całych kończyn, palce nie drżą.

Rozpoznanie: Basedow bez *exophtalmus* z wybitnem drżeniem jako objawem wczesnym.

Symptomatologja Basedowa:

Zmiany oczne, struma, drżenia, tachycardia i zmiany naczynioruchowe, czyszczenia (wzmożone działanie *sympaticus*).

Nerwowe: kontraktury, para - hemiplegia, (bez porażenia pęcherza) ze zmianami w odruchach, bóle neuralgiczne lub strzelające. Rozstrój psychiczny i pobudzenie, *logorhoea*, podniecenie naprzemian z depresją, zmiany usposobienia i charakteru aż do psychozy Basedowików. Izolowane manje. Ze strony skóry: pigmentacje, *vitiligo, urticaria*, wrażenie gorąca w skórze, często alepecja.

Ze strony moczu: poliurja, *glycosuria alimentaris* i adrelinowa; czyszczenia, *achylia gastrica*, szybki oddech.

Przemiana materji: zwiększony Co_2.

Postać ostra: szybki początek (kończy się zwykle gruźlicą), i przewlekła: trwa lata całe.

Obrazy kliniczne:

Basedow bez *exophtalmus*,

Basedow bez strumy,

Jod-Basedow po jodzie,

Basedowoid = nerwica serca i naczyń bez *exophtalmus* i tachykardji (Aschoff).

Patogeneza: *dys* i *hyperthyreoidismus*.

Etjologja-teorja:

Nerwowa — uraz psychiczny,

Rozrost *Thymus*,

Zaburzenia funkcji gruczołów płciowych, przysadki, nadnerczy.

Leczenie: opotherapja (Moebius) podawanie *gland. thymus* z baranów.

Hallion — całkowita krew z baranów (bez tarczycy),

N. Salicyl.,

Roentgen,

Operacja i

Symptomatyczne ((brom. walerjana etc.).

(Autoreferat).

Pkt. II. Po wysłuchaniu wyroku sądu koleżeńskiego w sprawie D-ra Metery przeciw D-rowi Ryderowi oraz po odczytaniu listu D-ra Metery do Zarządu T-wa z dnia 5. lipca 1926 r. i po przeprowadzeniu dyskusji, w której zabierali głos Kol. Budzyński, Kotarski, i Kozłowski — uchwalono większością głosów wniosek Zarządu T-wa o wykluczenie D-ra Metery z liczby członków T-wa.

Pkt. III. Sekretarz Kol. Krogulski odczytał sprawozdanie z działalności T-wa w roku 1926, wymieniając skład Zarządu, sądu koleżeńskiego i komisji rewizyjnej, zaznaczając, że T-wo w końcu roku sprawozdawczego liczyło 56 członków (w czem 1 honorowy i 1 członek korespondent). O przyjęcie do T-wa zgłosiło się 3-ch kolegów.

T-wo wzięło udział w obchodzie 25-letniego jubileuszu T-wa Lekarskiego Częstochowskiego, współdziałało w organizowaniu I-szego ogólno-państwowego zjazdu lekarzy Polaków w Katowicach, zjazdu lekarzy wszechsłowiańskich, jaki ma się odbyć w r. b. w Warszawie i wystawy: „Mieszkanie, miasto i jego higjena" w Sosnowcu.

Ważnem wydarzeniem dla T-wa było zdobycie lokalu, co jest w dużej mierze zasługą Kol. Wołkowicza.

Zebrań odbyło się w ciągu roku ubiegłego 9, w tem jedno ogólne nadzwyczajne, jedno nadzwyczajne naukowe i jedno wspólne z T-wem Techników.

Na jednem z tych zebrań wręczono dyplom członka honorowego Kol. Rożkowskiemu z Częstochowy.

Odczytów wygłoszono 14, pokazów 4, a mianowicie:

Kol. Konarski z Częstochowy: „O teoretycznych zasadach leczenia cukrzycy".

Kol. Rożkowski (prezes Częstochowskiego T-wa Lekarskiego): O opukiwaniu rękojeści mostka przy równomiernem rozszerzeniu łuku aorty".

Prof. Michałowicz: „O gruźlicy w wieku dziecięcym z energetycznego punktu widzenia".

Kol. Ostromęcki z Woj. urzędu zdrowia w Kielcach: „ O organizacji komunalnej służby zdrowia na terenie Woj. Kieleckiego".

Kol. Witkowski: „O cięciu cesarskiem w dobie obecnej"; i „O niepłodności kobiecej i jej leczeniu".

Kol. Nasiłowski: „Grypa u dzieci" i „Osteogenesis imperfecta" z pokazem preparatów makro i mikroskopowych przez Kol. Sztukę.

Kol. Butkiewicz: „Chirurgiczne leczenie wrzodu żołądka".

Kol. Ryder: „Sprawozdanie o otwarciu szkoły higjeny w Warszawie" i „Słońce a zdrowie".

Kol. Gosiewski: „Przemiana tłuszczów w organiźmie" i „O otyłości i jej leczeniu".

Kol. Starkiewicz: „Kolonja lecznicza dziecięca imienia rektora D-ra Brudzińskiego w Busku".

Przypadki przedstawili i obszernie omówili:

Kol. Budzyński: *„Elephantiasis arabum scroti"* i *Lichen ruber planus"*.

Kol. Kowalewski: *„Encephalitis"*.

Kol. Nasiłowski: *„Megacolon"*.

Kol. Puterman: *„Eunuchoidismus"* — 2 przypadki w tem jeden po operacji u Woronowa.

Pkt. IV. Bibljotekarz T-wa Kol. Czarski zaznacza, że jeszcze nie mógł uporządkować bibljoteki z powodu trudności technicznych.

W roku sprawozdawczym T-wo prenumerowało: 13 pism polskich, 10 francuskich i 3 niemieckie.

Książek nabyto: polskich 5, niemieckich 3 i francuskich 5.

Na rok 1927 bibljotekarz proponuje przestać abonować pisma francuskie:

1. Archives des maladies de l'app. digestiv.

2. Lyon chirurgical,

a natomiast zaabonować:

1. „Archives de médécine des enfants", i

2. „Bulletin, de la société de pediatrie de Paris".

Proponuje również nabycie nowszych dzieł klinicznych (zwłaszcza niemieckich), przeciwko czemu oponuje większość obecnych, ze względu na niewystarczający budżet, odkładając dyskusję w tej sprawie do punktu 8.

Pkt. 5. Sprawozdanie skarbnika:

Dochód	3322 zł. 55 gr.
Rozchód	3755 zł. 19 gr.
Deficyt	432 zł. 64 gr.

Mebli przybyło za 644 zł. 50 gr.

Pkt. VI. Sprawozdanie komisji rewizyjnej odczytał Kol. Faliński; wynika zeń, że wszystkie pozycje są w należytym porządku.

Pkt. VII. Kol. Kotarski odczytał sprawozdanie z działalności sądu koleżeńskiego, z którego wynika, że była rozpatrywana sprawa Dra Metery przeciw Drowi Ryderowi (o czem już wspomniano w punkcie 2). Wszystkie sprawozdania referentów Doroczne Zebranie przyjęło.

Pkt. VIII. Kol. Wołkowicz przedstawia projekt budżetu na rok 1927, przewidując przychód i wydatki w sumie 3900 zł., przyczem na kupno nowych książek przeznaczyć można będzie 300 zł.

Budżet uchwalono, podnosząc w dyskusji, że wobec szczupłych funduszów przeznaczonych na kupno książek, należy się ograniczyć do dzieł polskich i francuskich, a nie kupować drogich stosunkowo dzieł niemieckich.

Kilku kolegów podnosi również sprawę niewystarczającej zapomogi dla Rady Wychowania Fizycznego. Kol. Wołkowicz jest zdania, by ten ciężar przerzucić na Związek Lekarzy.

Pkt. IX. Przez balotowanie przyjęto na członków Twa kolegów: St. Bendarzewskiego, Adama Osińskiego i Sławomira Starzyńskiego.

Pkt. X. Wreszcie przystąpiono do wyboru Zarządu.

Prezesem wybrano Kol. Kozłowskiego, wiceprezesem Kol. Putermana. Sekretarzem, skarbnikiem i bibljotekarzem wybrano

ponownie przez aklamację kol.: Krogulskiego, Wołkowicza i Czarskiego.

Do Zarządu wybrano kol.: Butkiewicza, Suchodolskiego, Zahorskiego i Zieleniewskiego.

Do komisji rewizyjnej wybrano ponownie przez aklamację kol.:Falińskiego, Stawińskiego i Zdanowicza.

Również ponownie przez aklamację wybrano do sądu koleżeńskiego kol.: Kotarskiego, Wójcika, Zahorskiego i zastępców kol.: Ruczyńskiego i Suchodolskiego.

Pkt. XI. Wolnych wniosków i spraw bieżących nie omawiano. Zebranie zamknięto około godziny 23-ciej.

Sekretarz: *Dr. Nasiłowski*, mp. Przew.: *Dr. Lipski Klaudjusz*, mp.

SPRAWY ZAWODOWE.

Protokół Dorocznego Sprawozdawczego Posiedzenia Naczelnej Izby Lekarskiej z dnia 30 stycznia 1927 roku.

Obecni doktorzy: Bączkiewicz, Śmiechowski, Krzyczkowski, Metelski, Przyborowski, Wojno (Warszawa), Czernecki w zastępstwie Papéego ,Kuhn, Waygiel, Franke, Nowicki — 2 głosy, 1 za nieobecnego Wolfa (Lwów), Jerzykowski, Wieleński, Dymiński, Stejnborn (Poznań), Zakrzewski — 2 głosy — 1 za nieobecnego Wróblewskiego, Wrześniowski — 2 głosy — jeden za nieobecnego Strzemieńskiego (Kraków), Tomaszewski — 2 głosy 1 za nieobecnego Skusiewicza (Łódź), Drożdż Wiszniewski (Lublin).

Razem 20 delegatów, reprezentujących 24 głosy.

Dr. Makowski usprawiedliwił swoją nieobecność chorobą. Dr. Garlicka i dr. Róbin uzasadnili także swoją nieobecność piśmiennie, motywując tem, że nie chcą przybyć do lokalu Naczelnej Izby Lekarskiej, według ich mniemania wspólnego z lokalem Stowarzyszenia Lekarzy Polskich.

Wszyscy zastępcy przedstawili odpowiednie dokumenty w należytej formie, uprawniające ich do głosowania.

Przewodniczący je odczytał.

Izba Wileńsko-Nowogródzka delegatów nie przysłała, ponieważ jest w okresie organizacyjnym i wybory nie zostały jeszcze przeprowadzone.

Przewodniczący zagaił posiedzenie i skonstatował, że jest prawomocne, ponieważ obecni reprezentują 24 głosy na 28 członków Izby Naczelnej.

Na wniosek Przewodniczącego uczczono przez powstanie pamięć ś. p. D-ra Ignacego Sochackiego, członka Naczelnej Izby Lekarskiej i D-rów ś. p. Wacława Gawłowskiego i Juljana Grabowskiego, członków Sądu N. I. L.

Przedstawiony porządek dzienny przyjęto, tylko sprawa specyfików została zdjęta z porządku dziennego, na życzenie wnioskodawców, delegatów Lwowskich, poczem przyjęto regulamin obrad.

Sekretarz Naczelnej Izby Lekarskiej odczytal sprawozdanie z działalności Zarządu za rok 1926, sprawozdanie przyjęto bez dyskusji.

Wice-Przewodniczący Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej odczytał sprawozdanie z działalności Sądu N. I. L.

Na wniosek Sądu N. I. L. uchwalono wszystkiemi głosami, aby w celu zmniejszenia obarczenia wydatkami na Sąd N. I. L. ogółu lekarzy, pozostawić uchwałę Wydziału Sądzącego obciążenie skazanego całością lub częścią kosztów, jakie wynikają z postępowania sądowego zgodnie z punktem a § 48 regulaminu Sądu N. I. L.

Na wniosek Prezydjum Sądu N. I. L. uchwalono większością głosów, zgodnie z życzeniem sędziów zamiejscowych podnieść diety przyznawane im za czas pobytu w Warszawie do wysokości bardziej zbliżonej do normy kosztów utrzymania, mianowicie do 40 złotych za dobę.

Ponieważ dla wyboru delegatów do Sądu N. I. L. ze strony Izby Wileńsko-Nowogródzkiej należałoby zwołać specjalne plenarne posiedzenie Naczelnej Izby Lekarskiej, przeto na wniosek sprawozdawcy sądowego D-ra Śmiechowskiego uchwalono jednogłośnie upoważnić Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej do wyboru tych delegatów po porozumieniu się z Zarządem Izby Lekarskiej Wileńskiej na czas do następnego plenarnego posiedzenia Naczelnej Izby Lekarskiej.

W dalszym ciągu przystąpiono do wyborów zastępców delegatów do Naczelnej Izby Lekarskiej wobec zrzeczenia się tej godności z ważnych, przewidzianych ustawą powodów 6-ciu zastępców zamieszkałych w Warszawie. Dr. Tomaszewski występuje z wnioskiem, aby sprawę wyborów zastępców odłożyć do rozpatrzenia sprawy lokalu Naczelnej Izby Lekarskiej, gdyż w razie decyzji zmiany lokalu glosowałby na D-ra Garlicką, mając nadzieję, że w takim wypadku przyjęłaby wybór. Wobec odrzucenia tego wniosku Dr. Tomaszewski oświadcza, że w głosowaniu na zastępców udziału nie bierze. W wyniku głosowania zostali wybrani na zastępców:

Doktorzy: Jan Bełkowski (20 głosów), Teodor Podczaski (19 głosów), Zdzisław Sławiński (17 głosów), Kazimierz Jasielewicz (15 głosów), Marja Szczodrowska (15 głosów), Bronisław Szerszyński (14 głosów). Głosowało 20 członków.

W wyborach uzupełniających do Sądu N. I. L. przy 23-ch głosujących zostali wybrani na zastępców doktorzy: Leopold Brenneisen (20 głosów), Edward Jarociński (20 głosów), Włodzimierz Hertz (16 głosów) i na delegata od Izby Łódzkiej — Władysław Szenajch (13 głosów).

W wyborach uzupełniających do Komisji Rewizyjnej Naczelnej Izby Lekarskiej wybrana została Dr. Zofja Wojnówna (19 głosów na 20 głosujących).

W zastępstwie chorego skarbnika odczytał Dr. Śmiechowski sprawozdanie kasowe.

W imieniu Komisji Rewizyjnej odczytał protokół Komisji Dr. Wiszniewski. Komisja stwierdziła, że wszystkie księgi oraz dokumenty znalazła w należytym porządku i wnosi o udzielenie Zarządowi absolutorjum, co Izba jednogłośnie przyjęła.

Przy rozpatrywaniu odczytanego przez Dra Śmiechowskiego projektu budżetu na rok 1927 na pierwszy punkt wzięto wniosek Dra Garlickiej, domagający się zmiany lokalu Naczelnej Izby Lekarskiej, ponieważ lokal obecny jest odnajęty od Stowarzyszenia Lekarzy Polskich, które po wypadkach majowych wywiesiło we wspólnym przedpokoju ogłoszenie ostrzegające członków Stowarzyszenia przed wprowadzaniem do lokalu Stowarzyszenia jako gości lekarzy-oficerów, którzy brali w maju czynny udział w walce bratobójczej. Na wstępie delegaci Izby Lubelskiej doktorzy Wiszniewski i Drożdż i delegat Izby Łódzkiej Dr. Tomaszewski złożyli następljące oświadczenie: „Uważamy, że posiedzenie Naczelnej Izby Lekarskiej nie powinno się odbywać w lokalu Stowarzyszenia Lekarzy Polskich, ponieważ to uniemożliwia pewnej liczbie lekarzy członków Naczelnej Izby Lekarskiej wzięcie udziału w obradach. W dniu dzisiejszym jesteśmy obecni na posiedzeniu Izby Naczelnej jedynie ze względu na lojalność wobec naszych Izb".

Po tem oświadczeniu został przez Dra Krzyczkowskiego odczytany referat, przedstawiający wyczerpująco przebieg sprawy lokalu i wyjaśniający stanowisko Zarządu. Stanowisko to streszcza się w następujących punktach:

1) Naczelna Izba Lekarska odnajmuje od Stowarzyszenia Lekarzy Polskich od 4-ch lat lokal i ma swój wyłączny dla urzędowania pokój; na posiedzenia ogólne Izby ma zagwarantowany wyłącznie dla siebie cały lokal; wszyscy członkowie i interesanci N. I. L. mają dostęp zupełnie swobodny do lokalu Izby, nie mając żadnej potrzeby wchodzić w stosunki z członkami Stowarzyszenia.

2) Naczelna Izba Lekarska jest sublokatorem Stowarzyszenia Lekarzy Polskich i wszelkie prawa sublokatora ma zagwarantowane. Nigdy sublokator nie jest odpowiedzialny za przekonania i czyny gospodarza lokalu, nie naraża swej apolityczności i objektywizmu przez to, że gospodarz lokalu jest innych zasad lub religji.

3) Lokal obecny daje następujące wygody dla urzędowania Izby: a) telefon i stałą obsługę jego, stałą obecność w lokalu jednego z 3-ch woźnych Stowarzyszenia, co w lokalu zupełnie izolowanym pociągałoby znaczne koszta, b) usuwa wszelkie czynności gospodarcze, jak zakupy i przechowanie opału, remont, utrzymywanie czystości, jak również pozwala korzystać z mebli.

4) Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej uznaje, że lokal obecny jest zaciasny i nie odpowiada co do wygód potrzebom instytucji, reprezentującej cały stan lekarski i dał dowód tego wnosząc do preliminarza budżetowego za rok ubiegły 10000 złotych (co zostało odrzucone), a na rok 1927 — 1000 złotych, jako zapoczątkowanie kapitału na budowę „Domu Lekarskiego" przy współudziale wszystkich zrzeszeń, instytucyj i towarzystw lekarskich, pod którego dachem wszystkie one mogłyby się ulokować bez względu na różnicę przekonań i celów swoich. Czasowo wobec ciężkich warunków finansowych stanu lekarskiego i wprost niepokonalnych trudności wynalezienia dogodnego lokalu, jak również braku środków finansowych Naczelna Izba Lekarska musi zadowalniać się obecnym swym lokalem.

5) Koszta wynajęcia lokalu odpowiedniego dla Naczelnej Izby Lekarskiej z umeblowaniem, utrzymaniem woźnego, według przybliżonego preliminarza, wyniosą ogółem bez kosztów przeprowadzki około 24.655 złotych.

6) Naczelna Izba Lekarska jako organ urzędowy, oparty na wyborach, dokonanych przez cały stan lekarski musi i powinna być apolityczna. Apolityczność i objektywizm Naczelnej Izby Le-

karskiej nie są naruszone przez odnajmowanie lokalu od instytucji, z której zapatrywaniem nie wszyscy lekarze się zgadzają. Podejmowanie zaś podobnej akcji na terenie Naczelnej Izby Lekarskiej i to przez członków jej pcha ją w atmosferę tarć politycznych, co jest wysoce niebezpieczne. Już sam fakt zawiązania „Koła Demokratycznego Rady Izby Warszawsko-Białostockiej", które enuncjacje swoje rozesłało w II-giej połowie stycznia 1927 r. dowodzi tendencji upodobnienia Izb do Sejmu z walkami partyjnemi, podziałem radnych na koła i pchania Izb na tory walk politycznych. Roznamiętnienie przybrało nawet już obecnie takie rozmiary, że pewna grupa lekarzy uważała za odpowiednie w liście do Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej zawiadomić ją, że żądanie, by posiedzenia doroczne Naczelnej Izby Lekarskiej nie odbywało się w lokalu Stowarzyszenia Lekarzy Polskich zakomunikowała Departamentowi Zdrowia Publicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych.

Po referacie Dra Krzyczkowskiego wywiązała się żywa dyskusja pomiędzy 3-ma zwolennikami jaknajrychlejszej zmiany lokalu i wszystkimi innymi członkami Naczelnej Izby Lekarskiej. Pierwsi, aczkolwiek jeden z nich podkreślał zupełną apolityczność Przewodniczącego w prowadzeniu spraw Izby, utrzymywali, że zmiana lokalu jest nieodzownie potrzebna dla umożliwienia bywania na posiedzeniach zwolenników przewrotu majowego, którzy w przeciwnym razie mogliby być narażeni na nieprzyjemności, dalej zarzucali wogóle warszawskim lekarzom rozpolitykowanie i twierdzili, że właściciel lokalu nie powinien afiszować swych politycznych przekonań wobec sublokatora. Pozostali członkowie Izby byli zdania, że są to zarzuty czysto formalne, ponieważ sublokator nie może odpowiadać za przekonania właściciela lokalu, że wprowadzają politykę do Izby ci jej członkowie, którzy wszczęli całą tę sprawę, że wreszcie, chociaż Izba Naczelna dąży do innego dogodniejszego lokalu ze względu na szczupłość pomieszczenia w obecnym, to trudno będzie uskutecznić to z powodu braku potrzebnych do tego kilkudziesięciu tysięcy złotych, pozbywanie się więc obecnego lokalu bardzo taniego i położonego w centrum miasta byłoby lekkomyślnością, zwłaszcza, że nawet składanie funduszów na budowę własnego domu, było poniechane ze względu na zły stan ekonomiczny lekarzy, a przytem brano pod uwagę, że zbudowanie w centrum miasta własnego domu, wymagałoby bardzo znacznych kosztów. Po dyskusji przedstawione zostały dwa wnioski: 1) Dra Frankego o przyjęcie do wiadomości postępowania w sprawie lokalu Naczelnej Izby Lekarskiej i Drów Tomaszewskiego, Drożdża i Wiszniewskiego o poruczenie Zarządowi przeniesienia Izby Naczelnej do innego lokalu do dnia 1-go lipca r. b. Za drugim wnioskiem głosowali tylko wnioskodawcy, za pierwszym wszyscy pozostali członkowie. Wobec takiego wyniku głosowania wzmiankowani 3-ej doktorzy złożyli oświadczenie, że nie będą na przyszłość brali udziału w posiedzeniach aż do zmiany lokalu.

W związku z preliminarzem budżetowym Dr. Krzyczkowski zdał sprawę z prac komisji do wydawania organu urzędowego Izb Lekarskich. Z kilku ofert nadesłanych do komisji najkorzystniejszą, zdaniem referenta, jest oferta Lekarskiego Towarzystwa Wydawniczego w Warszawie, która za sumę 10000 złotych rocznie obowiązuje się wydawać dwutygodnik w nakładzie 8000 egzemplarzy objętości 8 stron formatu „Nowin Lekarskich". W dyskusji podniesiono, że pomienione koszta należałoby uzupełnić jeszcze 2 tysiącami złotych na redagowanie pisma, z drugiej zaś strony tak „Polska Gazeta Lekarska", jak i „Nowiny Lekarskie" chętnie umieszczają komunikaty Naczelnej Izby Lekarskiej bezpłatnie. Nadto Naczelnik Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej Dr. Przyborowski podkreślił, że dla wydawania organu urzędowego Izb należałoby uzyskać zgodę Rad wszystkich Izb; co się tyczy Izby Warszawsko-Białostockiej, to uważa, że przeznaczenie pewnej stałej sumy na podobne wydawnictwo może zbyt obciążyłoby członków Izby, gdy tymczasem wydawane dotychczas biuletyny wychodzą sporadycznie, zależnie od stanu finansowego Izby. W rezultacie, biorąc pod uwagę ciężki stan ekonomiczny lekarzy, uchwalono większością głosów skreślić wniesione do budżetu 10000 złotych na urzędowe wydawnictwo Izb Lekarskich i sprawę odłożyć do przyszłego roku. Za prace w komisji dla wydawania organu Izb postanowiono podziękować Drowi Józefowi Polakowi i Drowi Józefowi Mazurkowi.

Przewodniczący komisji ubezpieczeń Dr. Krzyczkowski przedstawił w związku z pozycją 5000 złotych na koszta opracowania i wprowadzenia wzajemnych ubezpieczeń opracowany przez Dra Tadeusza Poznańskiego projekt wzajemnych ubezpieczń i prócz tego ofertę prywatnego Towarzystwa „Piast" i „Włoskiego Towarzystwa". Projekt ten i oferty zostały już przesłane wszystkim Izbom. Postanowiono prosić Izby o przysłanie w ciągu paru tygodni opinji, aby można było w najbliższym czasie zwołać Zjazd delegatów dla ostatecznego opracowania tej sprawy Pospiech jest wskazany ze względu na projektowane przez Rząd przymusowe ubezpieczenie pracowników umysłowych, które ma być niekorzystne dla lekarzy. Izba poleciła Zarządowi pilnie baczyć na akcję Rządu w tej sprawie celem zajęcia stanowiska w odpowiedniej chwili. W dyskusji nad sprawą ubezpieczeń większość opowiedziała się za przymusem, jednak z tem zastrzeżeniem, że składki powinne być niskie. Co się tyczy rzekomego nierównomiernego obciążenia starszych i młodszych członków Izb, to podkreślono, że różnice te z biegiem czasu się wyrównają. Co do zagadnienia, czy należy prowadzić ubezpieczenia we własnym Zarządzie, czy też ubezpieczać się w prywatnych towarzystwach, wypowiedziano się na korzyść ubezpieczeń własnych, a to z tego powodu, że podczas wojny zazwyczaj prywatne towarzystwa stają się niewypłacalne. Delegat Izby Lwowskiej opowiedział się za systemem oddzielnych kas ubezpieczeniowych w Izbach, które z biegiem czasu mogłyby się połączyć, natomiast referent przeciwnie uważał za wskazane utworzenie odrazu kasy ubezpieczeniowej obejmującej wszystkie Izby, a to celem zmniejszenia kosztów administracyjnych. W końcu Izba zwraca się z prośbą do komisji o kontynuowanie pracy na zasadach przedstawionych przez referenta i uchwala przesłać podziękowanie za udział w pracy komisji: p. Horowitzowi, naczelnikowi Wydziału Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, Drowi Bujalskiemu, Jakimiakowi, Goździckiemu, Luxenburgowi.

Po rozpatrzeniu tych głównych zasadniczych punktów związanych z budżetem przystąpiono do szczegółowego rozpatrzenia poszczególnych pozycyj i wprowadzono następujące zmiany. Koszta opracowania ustawy ubezpieczeniowej obniżono z 5000 do 1000 złotych, skreślono pozycję prowadzenia własnego organu prasowego Izb (10000 złotych), zredukowano koszta przedstawicielstwa w Związku Międzynarodowym Lekarzy (A. P. I. M.) w Paryżu do 1500 złotych, skreślono fundusz rezerwowy, postanowiono, aby forma djet, uchwalonych dla sędziów, obowiązywała i w stosunku do członków Naczelnej Izby Lekarskiej. W ten sposób budżet cały sprowadzono w wydatkach do 30250 złotych, a ponieważ przewidywane dochody za wpisowe od spraw sądowych N. I. L. i zwrot kosztów sądowych powinny wynosić 3250 złotych, przeto suma do pokrycia przez poszczególne Izby wynosi 27000 złotych. Przy 30 delegatach (dwóch z Wilna) do Izby Naczelnej wypada, że każda Izba winna wnieść za każdego swego delegata 900 złotych. Następnie potwierdzono dotychczasowe pełnomocnictwa dla Zarządu z zastrzeżeniem złożenia sprawozdania na najbliższem posiedzeniu Naczelnej Izby Lekarskiej Za tem zastrzeżeniem głosowało 13 członków.

Potwierdzono również dawną uchwałę, aby „wobec znacznych kosztów połączonych z przyjazdem z prowincji, tymczasowo, aż do czasu uregulowania stosunków finansowych w kraju, członkowie, ewentualnie zastępcy członków N. I. L. z prowincji, mogli otrzymać na piśmie mandaty od tych członków Izby Naczelnej, którzy nie mogą przybyć na Zebranie i przy głosowaniu rozporządzali tylu głosami, ile mandatów otrzymali".

W tym momencie Przewodniczący przekazuje przewodnictwo Wice-Przewodniczącemu Drowi Jerzykowskiemu z Poznania, poczem przedstawia opracowany przez siebie następujący:

Program działalności Izb Lekarskich na podstawie art. 1-go Ustawy o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich i art. 22-go Ustawy w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej.

I. Sprawy zawodowe.

1. Ustalenie norm pracy i płacy przez poszczególne Izby. Wkroczenie w warunki pracy i płacy we wszystkich organizacjach pomocy lekarskiej — szpitale, lecznice, kasy chorych, pomoc dla urzędników państwowych, w magistratach, sejmikach i t. p., mając na uwadze przedewszystkiem dobro chorych, należytą ich obsługę i warunki higjeniczne.
2. Wzajemne ubezpieczenia.
3. Pośrednictwo pracy. Planowe udzielanie posad i pracy lekarskiej — regulowanie współzawodnictwa i wogóle stosunków zarobkowych i konkursowych.
4. Opracowanie deontologji lekarskiej. (Zjazd Sądów Izb Lekarskich).
5. Biuro porad prawnych dla lekarzy przy Izbach.

Dok. nast.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Z kraju.

Z Polskich Kas Chorych. Według sprawozdania, ogłoszonego przez Min. Pr. i Op. Sp., w r. 1925 liczba Kas w Polsce wzrosła z 173 do 203. Kobiety stanowią około 30.5% ubezpieczonych. Największy odsetek ubezpieczonych (około 35%) jest w wieku 21—30 lat, najmniejszy — w wieku ponad 80 lat (0,6),

w wieku 61—70 odsetek jest jeszcze stosunkowo bardzo wysoki — 35% (mężczyzn 43, kobiet 17), a wiek 71—80 lat — 8%. Mężczyźni do lat 30 stanowią nieco mniej niż połowę ubezpieczonych (45%), kobiety zaś aż 65%. Jest to oznaką, że kobiety o wiele wcześniej wycofują się z życia zarobkowego. Na 100 ubezpieczonych jest około 125 członków rodzin. Procent śmiertelności wynosi 0.66—0,68%. Najwyższa śmiertelność była w woj. łódzkiem (0,9), najniższa w tarnopolskiem (0,42%), w wołyńskiem wynosiła 0,44, w kieleckiem i warszawskiem po 0,8. Odsetek zachorowań z niezdolnością do pracy stanowił 34,5. Na jednego ubezpieczonego mężczyznę wypadło dni zasiłkowych w r. 1924 6,0, w r. 1925 — 7,5, na jedną kobietę 5,4 i 6,4, a na jednego chorego około 1,6; na każde zachorowanie — dni zasiłkowych w r. 1924 m. — 10,4, k. — 11,2; w r. 1925 — 13,4 i 13,8. Ta niższa liczba dni zasiłkowych na jednego ubezpieczonego wobec większej ilości dni każdej choroby u kobiet w porównaniu z mężczyznami dowodzi; że kobiety rzadziej niż mężczyźni decydują się na utratę zarobku, to też gdy zameldują o chorobie swej, odpokutować to muszą dłuższem trwaniem choroby. Na 1 ubezpieczonego przypada 1,5—1,7 zachorowań, na 1 członka rodziny 0,8. Największy odsetek chorób pochłaniają choroby narządów trawienia (21,8), potem idą choroby narządów oddychania — 13,5, choroby skórne 10,4, gruźlica 2,5, wenerja 1,66. Ilość dni zasiłkowych wzrosła w r. 1925 w porównaniu z r. 1924 o 20%! a przewidywać można dalszy jej wzrost w przyszłości.

W n i o s k i u c h w a l o n e n a VI Z j e ź d z i e L e k a r z y i D z i a ł a c z y S a n i t a r n y c h M i e j s k i c h w Ł o d z i 1927 r o k. *W sprawie higjeny pracy:* 1. Zważywszy, iż współczesna higjena pracy i technika sanitarna posiada wystarczające środki dla uzdrowienia pracy zawodowej w przemyśle i rzemiosłach, VI Zjazd uznaje, że w celu skoordynowania badań naukowych i powiększenia ich wydajności należy utworzyć „Centralny Instytut Pracy" wraz z muzeum pracy. 2. Zjazd uchwala, iż niezbędnem jest skodyfikowanie i ujednostajnienie ustawodawstwa, dotyczącego prawnej ochrony pracy, z uwzględnieniem wymagań współczesnej higjeny. 3. Zjazd uznaje za konieczne utworzenie Inspekcji Higjeniczno-Lekarskiej, jako specjalnej sekcji Min. Pracy i Opieki Społecznej działającej w porozumieniu z Inspektoratem pracy. 4. Uznając znaczenie i celowość prac inspektorek fabrycznych w zakresie kontroli i opieki nad pracą kobiet i młodocianych, Zjazd domaga się jak najszybszego utworzenia Inspektoratów Kobiecych w ośrodkach o masowem zatrudnieniu kobiet. 5. Wobec tego, iż ustawa z dnia 2. VII. 1924 r. o ochronie pracy kobiet i młodocianych dotychczas nie jest wprowadzona w życie w całej swej rozciągłości Zjazd uznaje, że Państwo i Samorządy winny jak najprędzej przystąpić do organizacji żłobków w swych instytucjach i zakładach, dając tem przykład przedsiębiorstwom prywatnym. 6. Zjazd domaga się, aby niewykonywanie wobec kobiet zakazu pracy nocnej, oraz gwałcenie liczby przewidzianych w ustawie obowiązujących godzin ich pracy, było surowo karane. 7. Zważywszy, iż ochrona zdrowia i rozwój fizyczny pracowników fabrycznych stanowią zagadnienia pierwszorzędnej doniosłości, w którego pomyślnem rozwiązaniu są zainteresowani przemysłowcy — w interesie produkcji, organizacje robotnicze — zgodnie z celem swojego istnienia, Kasy Chorych w dążeniu do zmniejszenia nieprodukcyjnych wydatków na lecznictwo, spowodowanych nadmierną ilością uszkodzeń cielesnych, chorobowością i śmiertelnością ubezpieczonych, Państwowy Zakład Ubezpieczeń od Wypadków — ze względu na konieczność zmniejszenia sum, wypłacanych inwalidom pracy i tytułem rent; Samorządy — ze względu na konieczność zmniejszenia wydatków na opiekę społeczną nad obywatelami przedwcześnie pozbawionymi zdolności do pracy zarobkowej, wreszcie Władze Państwowe w trosce o dobro Państwa i dobro Narodu. — VI. Zjazd uznaje za konieczne skoordynowanie i wzmożenie działalności wyżej wymienionych czynników. — *Walka z dymem:* 1. Uwzględniając stan zanieczyszczenia powietrza w naszych miastach, VI. Zjazd uważa za konieczne zwrócić się do Rządu z prośbą o jak najszybsze wydanie ustawy o ochronie powietrza od zanieczyszczenia dymem, oraz objęcia kontroli nad zadymieniem miast. 2. Zjazd uznaje, iż pożądanem jest, by Związek Miast Polski ogłosił konkurs na pracę o skutecznych sposobach walki z zadymieniem miast. — *Szpitalnictwo i inne sprawy:* 1. VI. Zjazd uchwala: a) Koniecznem jest jak najrychlejsze wydanie ustawy szpitalnej. b) Koniecznem jest tworzenie związków celowych dla prowadzenia szpitali dla umysłowo chorych, wenerycznych, gruźliczych i innych. c) Koniecznem jest skreślenie w Ustawie o Kasach Chorych punktu 3, art. 43 obciążającego budżety samorządów. d) Uznać za celowe, ażeby lekarze szpitali samorządowych byli stałymi etatowymi pracownikami miasta. 2. Wobec groźnej klęski mieszkaniowej mającej olbrzymi wpływ na szerzenie się gruźlicy i innych chorób, VI. Zjazd stwierdza konieczność podjęcia przez czynniki samorządowe i rządowe akcji budowlanej na szeroką skalę, oraz wydatnego popierania współdzielczego ruchu budowlanego. Zjazd uchwala: a) Zaopatrzenie mieszkańców w dostateczną ilość dobrej wody do picia (wodociąg) i racjonalne odprowadzanie z miasta ścieków (kanalizacja) stanowi pierwszorzędne i podstawowe zadanie władz komunalnych przedewszystkiem w miastach, liczących ponad 25 tysięcy mieszkańców. b) Mając na względzie nie tylko zdrowie ludności, ale również interesy miasta, do urzeczywistnienia tego zadania przystępować należy wzorem m. Łodzi, nie czekając na poprawę ogólnych warunków finansowych, względnie na otrzymanie pożyczki zewnętrznej, a przeciwnie — opierając się na zwykłych budżetowych środkach i przeznaczając na cele związane z budową wodociągu i kanalizacji rok rocznie pewien, chociażby nieznaczny odsetek sum budżetowych. 3. VI. Zjazd popierając całkowicie inicjatywę Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia dotyczącą prowadzenia doświadczeń nad ściekami, podkreśla konieczność natychmiastowego uruchomienia istniejącej w Warszawie stacji doświadczalnej. 4. Wobec doniosłego znaczenia ogródków działkowych dla zdrowotności miast, szczególnie w walce z gruźlicą i alkoholizmem Zjazd uchwala: zwrócić się do Związku Miast Polskich, by wzywał zarządy miast do tworzenia jak najliczniejszych ogródków działkowych, przewidując przy rozbudowie miast odpowiednie obszary na ich zakładanie. 5. VI. Zjazd zwraca się do Komitetu Wykonawczego z prośbą o ponowne podjęcie kroków w kierunku zrealizowania uchwał V Zjazdu, dotyczących reorganizacji służby zdrowia w Polsce. — *W sprawie ubezpieczeń społecznych:* 6. VI. Zjazd Lekarzy i Działaczy Sanitarnych Miejskich w Łodzi wita z uznaniem inicjatywę rządu w sprawie uporządkowania i uprawnienia ubezpieczeń społecznych w Polsce przez opracowanie nowej ustawy ubezpieczeniowej. Zjazd wyraża nadzieję, że nowa ustawa przyczyni się do podniesienia zdrowotności w kraju, zachowania i pomnożenia sił wytwórczych, zapewnienia zdrowia przyszłym pokoleniom, pomnożenia wzrostu zaludnienia i uniknięcia zwyrodnienia rasy. Przy opracowaniu tej ustawy niezbędna jest współpraca lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich oraz zawodowych organizacyj lekarskich. Uznając doniosłe znaczenie ubezpieczeń społecznych i lecznictwa kasowego dla zdrowotności miast polskich, pragnie Zjazd współdziałać przy uporządkowaniu ubezpieczeń społecznych w Polsce i poleca komitetowi wykonawczemu VI. Zjazdu lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich szczegółowe rozpatrzenie projektu nowej ustawy ubezpieczeniowej oraz przedstawienia swej opinji czynnikom rządowym.

Ze świata.

M i ę d z y n a r o d o w y Z w i ą z e k L e k a r z y. W najbliższym czasie, po długim okresie prac przygotowawczych, zorganizuje się ostatecznie Międzynarodowy Związek Zawodowy Stowarzyszeń Lekarskich, którego siedzibą centralną ma być Paryż. Zadania tej organizacji określa jej statut w sposób następujący: „Związek ma być ośrodkiem informacji, wskazówek i współdziałania pomiędzy stowarzyszeniami medycznemi, istniejącemi w poszczególnych krajach, celem wymiany doświadczeń, zdobytych na polu licznych zagadnień charakteru zawodowego, dotyczących życia osobistego i życia społecznego lekarzy". Głównymi organizatorami Związku są pp: dr. Decourt, przewodniczący Unji Związków Lekarskich we Francji, oraz dr. Vuilleunier, przedstawiciel lekarzy szwajcarskich.

U b i e g ł a e p i d e m j a g r y p y w E u r o p i e. Dane, dotyczące ostatniej epidemji grypy w Europie wykazują, że w grudniu srożyła się ona we Francji, Szwajcarji i Hiszpanji, w ostatnich dniach r. u. oraz na początku stycznia rozszerzyła się ona na Belgję, Danję, Norwegję i Anglję. Naogół epidemja miała charakter łagodny, choć w różnych miejscowościach zanotowano względnie dużą ilość zgonów, zwłaszcza wśród ludzi starszych. Niektóre kraje (np. Szwajcarja i Francja) stwierdziły znacznie większą śmiertelność wśród kobiet, niżeli wśród mężczyzn. Zapadalność naogół była b. wysoka, lecz większość wypadków była krótkotrwała. Societé des nations. Rapport Epidémiologique Mensuel de la section d'hygiène du secrétariat.

Redakcja otrzymała:

Henryk Ruebenbauer: „Kontrola i analiza mleka w Polsce". Warszawa 1927.

Zdzisław Szczepański: „O zakażeniach posocznicowych (sepsis) z uwzględnieniem badań nad układem siateczkowo-śródbłonkowym". Nakł. wł. Warszawa 1927.